Voir résumé français
à la fin de chaque rapport

NOWINY PSYCHJATRYCZNE

CZASOPISMO POŚWIĘCONE SPRAWOM PSYCHJATRYCZNYM NAUKOWYM I PRAKTYCZNYM

ORGAN ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH POLSKI ZACHODNIEJ

DZIEKANKA - KOCBORÓW - KOŚCIAN - LUBLINIEC -
OWIŃSKA - RYBNIK - ŚWIECIE

ZAŁOŻYŁ: ALEKSANDER PIOTROWSKI

ROK VI. DZIEKANKA KWARTAŁ I—II.

1 9 2 9

REDAKTOR

ALEKSANDER PIOTROWSKI

ADRES REDAKCJI i ADMINISTRACJI:
GNIEZNO-DZIEKANKA, KRAJOWY ZAKŁAD PSYCHJATRYCZNY.

CZCIONKAMI DRUKARNI J. B. LANGE w GNIEŹNIE.

TREŚĆ:

SOMMAIRE:

„Nowiny Psychjatryczne“ zamieszczają prace oryginalne, streszczenia, referaty z posiedzeń naukowych i klinicznych z dziedziny psychjatrji teoretycznej i praktycznej oraz dziedzin pokrewnych. Szanownych autorów uprasza się o dołączenie do swych prac streszczeń w języku francuskim. Autorowie otrzymują po 25 odbitek swych prac na koszt Redakcji.

Pismo zapisuje się narazie w Administracji „Nowin Psychjatrycznych“ z równoczesnem nadesłaniem opłaty kwartalnej (3,00 zł.) i wysyła się pod opaską. Poza abonamentem — 4 złote za egzemplarz.

Redakcja „Nowin Psychjatrycznych“.

NOWINY PSYCHJATRYCZNE

CZASOPISMO POŚWIĘCONE SPRAWOM PSYCHJATRYCZNYM NAUKOWYM I PRAKTYCZNYM

ORGAN ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH POLSKI ZACHODNIEJ

DZIEKANKA - KOCBORÓW - KOŚCIAN - LUBLINIEC - OWIŃSKA - RYBNIK - ŚWIECIE

ZAŁOŻYŁ: ALEKSANDER PIOTROWSKI

ROK VI. DZIEKANKA ROK VI.

1 9 2 9

REDAKTOR

ALEKSANDER PIOTROWSKI

WSPÓŁPRACOWNICY:

DR. BONASERA — PALERMO, PROF. DR. BUSCAINO — CATANIA, DYR. DR. CYRAN — LUBLINIEC PROF. DR. GANTKOWSKI — POZNAŃ, DR. GAWROŃSKI — DZIEKANKA, DR. GORZKOWSKI — DZIEKANKA, DYR. DR. ŁUNIEWSKI — TWORKI, DR. MINKOWSKI — PARYŻ, PROF. DR. RADZIWIŁŁOWICZ — WILNO, DR. SIEMIONKIN — LUBLINIEC, DR. ŚWIERCZEK — DZIEKANKA, DR. ŚWIETŁOW — KOCBOROWO, DR. WILCZYŃSKI — DZIEKANKA, DR. WIRSZUBSKI — WILNO, PROF. DR. ST. WŁADYCZKO — WILNO, DYR. DR. ZAJĄCZKOWSKI — ŚWIACK.

11

ADRES REDAKCJI i ADMINISTRACJI:

GNIEZNO-DZIEKANKA, KRAJOWY ZAKŁAD PSYCHJATRYCZNY.

CZCIONKAMI DRUKARNI J. B. LANGE w GNIEŹNIE.

SKOROWIDZ AUTORÓW.

Liczby podkreślone oznaczają strony prac oryginalnych, streszczeń i ocen, omawiających odnośny materjał.

SKOROWIDZ MATERJAŁU.

Liczby podkreślone oznaczają strony prac oryginalnych, streszczeń i ocen, omawiających odnośny materjał.

NOWINY PSYCHJATRYCZNE

DZIEKANKA

ROK VI. 1929 KWART. I - II.

Prace Oryginalne.

Projekt Rozporządzenia o opiece nad osobami psychicznie choremi.

Rozbiór i wskazania.

Podał

Prof. dr. med. R. Radziwiłłowicz.

Nawiązując do artykułu kol. Piotrowskiego p. t. „Uwagi krytyczne do projektu Rozporządzenia Pana Prezydenta Rzeczypospolitej o opiece nad osobami psychicznie choremi“, pragnąłbym jego rozważania uzupełnić myślami następującemi.

Godzę się całkowicie z kol. Piotrowskim, że sprawa jest tak pilna, że nie może czekać aż ustawa psychjatryczna przejdzie przez wszystkie etapy ustawodawczego załatwienia, lecz że trzeba rozwiązania chociażby najpilniejszych zagadnień dokonać w drodze rozporządzenia administracyjnego. Zapewne, katastrofa jest tak wielka, że nawet tak radykalny środek jak ustanowienie Komisarza Rządowego, obdarzonego szczególnemi pełnomocnictwami, byłoby wskazane. Mam nadzieję, że obejdzie się bez tego heroicznego środka. Jak słyszę, ma być przywrócone Ministerstwo Zdrowia Publicznego i Minister, jako członek Gabinetu, mógłby bez trudności uzyskać potrzebne pełnomocnictwo dla zaprowadzenia radykalnych zmian w istniejącym stanie rzeczy. Musi tylko przyszły Minister Zdrowia Publicznego zdawać sobie dokładnie sprawę z te-

go, do czego ma dążyć i mieć zdecydowaną wolę przeprowadzenia postulatów, które uzna za słuszne. Praca nad ustawą psychjatryczną może i powinna iść swoją powolną drogą, natomiast wszystko, co pilniejsze, powinno być załatwione drogą rozporządzenia ministerjalnego. Lecz jedna i drugie powinny być oparte na tych samych podstawowych założeniach. Dlatego, poddając w rozważaniach obecnych krytyce „Rozporządzenie", chcę jednocześnie wysnuć także i wnioski twierdzące, wskazania dla ustawy i rozporządzenia ministerjalnego.

Najważniejszy zarzut jaki stawiam „Rozporządzeniu" jest ten, że nie jest to projekt ustawy o opiece nad osobami psychicznie choremi, lecz że jest to raczej projekt ustawy o opiece nad osobami psychicznie zdrowemi, ażeby nie były zamykane i przetrzymywane w zakładach psychjatrycznych jako chorzy.

Ten cel widnieje w całym projekcie, a w szczególności znajduje swój zdecydowany wyraz w rozdziale IV-ym rozporządzenia.

Przesąd — żeby rzecz nazwać najłagodniej — że w zakładach psychjatrycznych dla celów przestępczych czy innych nie mających nic wspólnego z lecznictwem są zamykani i przetrzymywani psychicznie zdrowi, a przynajmniej osoby, nie wymagające leczenia zakładowego, że oto mąż umieszcza tam niewygodną dla siebie żonę, bo prowadzi romans z kim innym, że podobnie postępuje żona z niewygodnym dla siebie mężem, że syn umieszcza tam ojca, żeby wcześniej dostać się do spadku i t. d. — jest bardzo rozpowszechniony, to prawda. Lecz, czy należy go „petryfikować" w ustawie? Jest to przecież oczywisty nonsens. Dość chwilę zastanowić się nad tem, ażeby to stwierdzić. Jeżeli dajmy na to ktoś zechce w rzeczy samej dopuścić się przestępstwa i umieścić w zakładzie psychjatrycznym osobę zdrową drogą przekupstwa, — a tylko tą drogą rzecz taka mogłaby być dokonana, — to proszę pomyśleć, ile osób zainteresowany musiałby przekupić: dyrektora, lekarzy, cały personel pielęgniarski, przytomniejszych chorych, osoby odwiedzające chorych, ażeby rzecz się nie wydała, bo każda ze wspomnianych powyżej osób mogłaby donieść prokuratorowi o fakcie i wszystkie osoby winne zostałyby pociągnięte do odpowiedzialności karnej. Wieleż to osób należałoby wciągnąć do przestępstwa i jakiemi sumami należałoby opłacić ich zgodę na udział w przestępstwie!

Oczywiście rzecz taka może istnieć w wyobraźni prostaczków, w powieściach sensacyjnych, w detektywnym kinematografie, lecz nie może istnieć w rzeczywistości. Powie ktoś: może nie być przestępstwa, lecz może być pomyłka lekarska i od tej trzeba ludzi bronić. Zapewne, pomyłki mogą zdarzać się, lecz na czem polegałaby pomyłka w tym wypadku? Na tem, że jeden psychjatra, zwykle mniej doświadczony, powie, że tego chorego można leczyć w domu, że niema potrzeby oddania go do zakładu, inny natomiast, zwykle bardziej doświadczony, powie, że nie, że trzeba go usunąć z warunków, w których choroba powstała, że trzeba go dla leczenia i zabezpieczenia go np. przed targnięciem się na własne życie umieścić w zakładzie psychjatrycznym. Do tego tylko może sprowadzać się „pomyłka", bo wszak każdy chory zostaje przyjęty na zasadzie świadectwa lekarskiego, a więc może być przyjęty tylko człowiek, u którego stwierdzono fakt istnienia choroby psychicznej i potrzebę umieszczenia go w zakładzie. Kto zresztą ma rozstrzygać o fakcie ewentualnej pomyłki? Sędzia, a nie lekarz, jak chce Rozporządzenie. Rzecz tę rozważył tak gruntownie kol. Piotrowski, tak jasno wykazał bezpodstawność poruczania tej czynności sędziemu, że nie chciałbym zastanawiać się dłużej nad tem, aby nie powtarzać argumentów przytoczonych przez niego. Chcę tylko dodać, dla czci naszego zawodu, że nie zdarzył się żaden taki wypadek, ażeby zostało udowodnione, że w zakładzie psychjatrycznym została umieszczona osoba, nie wymagająca takiego leczenia. Sprawy z oskarżeniem psychjatrów o czyny tego rodzaju podnoszono niejednokrotnie w wielu krajach. Dość wspomnieć słynną komisję pod przewodnictwem członka Izby Gmin dr. Moun wyznaczoną w tym celu w Anglji, słynne zbadanie pod tym względem wszystkich zakładów psychjatrycznych we Francji, zarządzone przez Gambettę za jego pierwszego ministerstwa, słynny „Aufruf" pastora dra. Stöckera, który tyle wrzawy narobił swego czasu w Niemczech. Wszystkie wykazały całą bezmyślność podnoszonych oskarżeń. Jest wyjątek, prawda. Zdarzył się w Hiszpanji za panowania królowej Izabelli, kiedy skazano kilku lekarzy za umieszczenie rzekomo zdrowej grandessy w zakładzie psychjatrycznym. Lecz i tutaj kara nie została wykonana, bo lekarzy tych ułaskawiła królowa, za wstawieniem się paryskiej Association Médico-Psychologique. Można być spokojnym, że tak poważna instytucja jak wymieniona nie wstawiłaby się za osobami, nad któremi ciążyłby choć najmniejszy cień podejrzenia o przestępstwo.

I na takiej fikcji opiera się założenie, na którem jest zbudowany cały IV rozdział Rozporządzenia. Powiadają, że od tego można przecież zwarjować, jeżeli ktoś dostanie się do szpitala. Otóż niemożna. W zakładzie psychjatrycznym można stracone zdrowie psychiczne odzyskać, lecz nie można go stracić, podobnie jak nie można np. zarazić się gruźlicą w sanatorjum dla gruźliczych. Zachorować psychicznie można wszędzie, w domu, w biurze, lecz nie w zakładzie psychjatrycznym. Czemże jest zakład psychjatryczny? Niczem innem jak środowiskiem przystosowanem do potrzeb psychicznie chorego. Najistotniejszym rysem choroby psychicznej jest nieprzystosowanie postępowania chorego do wymagań środowiska, w którem przebywa chory. Skoro góra nie chce przyjść do Mahometa, wtedy Mahomet idzie do góry. Psychicznie chory nie może przystosować się do środowiska. trzeba środowisko przystosować do niego. Taka jest istota zakładu psychjatrycznego; co może być w tem takiego, od czego można „zwarjować“! Obcowanie z innymi chorymi? Wiemy, że atmosfera psychiczna każdego chorego podlega prawu Gay-Lussac'a, podobnie jak różne gazy zachowują się w stosunku jedne do drugich jak puste przestrzenie, to samo dzieje się z choremi. Nie oddziaływują na siebie wzajemnie. Jeżeli zdarzy się że chory, po przybyciu do szpitala, ocknie się z chorobliwego zaburzenia świadomości, zda sobie sprawę do czego np. swojem pijaństwem siebie doprowadził, to będzie to obudzeniem się jego zaburzonej przez chorobę samowiedzy; może być chwila nawet przykra, lecz będzie dla niego zbawienna, bo z chwilą obudzenia jego samowiedzy właściwie uskuteczniać zacznie się zdrowienie, jego wychodzenie z choroby.

Najznakomitszy projekt ustawy psychjatrycznej, jaki znam — a powstały one po wojnie jak grzyby po deszczu, — projekt nietylko najlepszy z dotychczasowych, lecz sam w sobie poprostu doskonały, projekt prof. Rittershausa z Hamburga (ogłoszony jako dodatek do tomu 86-go w Allg. Zeitschrift für Psychiatrie), w paragrafie 91 przewiduje sankcje karne dla tych, co rozpowszechniają ubliżające wieści o zakładach psychjatrycznych. „Rozporządzenie“ podpadałoby pod brzmienie powyższego artykułu, ponieważ implicite zawiera tego rodzaju myśli uwłaszczające zakładom.

Nie chcę rozszerzać nadmiernie krytyki „Rozporządzenia“, chodzi mi bowiem głównie o pozytywne wskazania do przyszłej ustawy czy rozporządzenia ministerjalnego. Nie mogę jednakże zgodzić się z kol. Piotrowskim, że można przyjąć bez zastrzeżeń

cały I-y i II-y Rozdział Rozporządzenia. Uważam, żę są w nich rzeczy do zmienienia, lecz głównie chodzi mi tu w tej chwili o to że nie może pozostać w dotychczasowem brzmieniu pierwszy przepis Rozporządzenia, określający cel i charakter ustawy o opiece nad psychicznie choremi. Nie można zadowolnić się ogólnikiem w postaci wskazanej w Rozporządzeniu: Prawo każdego do zdrowia psychicznego i obowiązek Państwa dostarczenia mu warunków odzyskania utraconego zdrowia musi być w ustawie o opiece jasno i kategorycznie wskazane. Musi być dalej wskazane, jaka ma być ta opieka. Że nie może polegać ona li tylko na zamknięciu psychicznie chorego za kratami, ażeby nie zagrażał bezpieczeństwu publicznemu, lecz opieka ta ma mieć na względzie nietylko bezpieczeństwo innych, lecz także i osobę samego chorego, musi być przesiąknięta troską o niego, o jego wymagania i potrzeby, musi być dyktowana miłością bliźniego, musi obejmować leczenie chorego i pielęgnowanie, zgodnie z wymaganiami naukowemi. Tego wszystkiego niema w Rozporządzeniu: odrazu w paragrafie 1-ym powinien być dany wyraz wymaganiom powyższym. Nie wahałbym się w sformułowaniu tego przepisu zapożyczyć jego brzmienie z wspomnianego powyżej projektu prof. Rittershausa i nadałbym paragrafowi pierwszemu treść i formę następującą: „Każdemu, kto na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej zachoruje psychicznie, powinny być udzielone opieka, leczenie i pielęgnowanie, jakich wymaga humanitaryzm i umożliwia każdorazowy stan wiedzy".

Tak zredagowany przepis w słowach jasnych, prostych a mocnych oddawałby to, o co nam chodzi w ustawie i o co powinniśmy walczyć i walczymy: o prawo każdego do zdrowia psychicznego, o humanitaryzm, o leczenie, o wymagalniki naukowe w wykonaniu opieki.

Uderza w Rozporządzeniu przy szczególnej trosce, ażeby psychicznie zdrowy nie dostał się do zakładu psychjatrycznego, zupełny brak troski o to, ażeby psychicznie chory, który potrzebuje leczenia zakładowego, mógł dostać się do zakładu. Całe zainteresowanie Rozporządzenia pod tym względem sprowadza się do passusu, że na potrzeby psychjatryczne przewiduje się suma, jaką minister wstawi do budżetu w tej pozycji. Jaka to ma być suma, jaki jej minimalny stosunek do potrzeb, jaki stopień udziału w psychjatrycznej inicjatywie samorządowej itp., tego wcale niema w Rozporządzeniu. A jednakże jak ta sprawa ważna, niewątpliwie ważniejsza od wielu szczegółowo omówionych w Rozporządzeniu. Mojem zdaniem

sprawa najważniejsza, bo stanowiąca sedno całej naszej bolączki psychjatrycznej. Jest nią katastrofalny brak miejsc w szpitalach psychjatrycznych i ustawa o opiece nad psychicznie choremi powinna mówić o tem i wskazywać drogę, jak złu zaradzić — a zło jest wielkie.

Od czasu powstania naszej państwowości, stan psychjatrycznego posiadania łóżek szpitalnych zmniejszył się o 3000 łóżek, a powiększył się — o ile wiem — tylko o nowych 120 w otwartym przed dwoma laty państwowym szpitalu psychjatrycznym w Wilnie. A brakuje nam obecnie lekko licząc 20.000 miejsc. Jeżeli iść drogą wskazaną przez Rozporządzenie, że na potrzeby psychjatryczne przeznacza się tyle i te Minister wstawi do budżetu, a na pozycję nowych łóżek psychjatrycznych budżet obecny przewiduje tylko miljon złotych, jeżeli liczyć koszt jednego łóżka na dziesięć tysięcy złotych, to idąc tą drogą musielibyśmy na zadośćuczynienie obecnym potrzebom psychjatrycznym czekać 200 lat. Odpowiadają nam na to: „Skarb nie ma pieniędzy". Oczywiście argument przekonywujący; ultra posse nemo obligatur. Nie będę wchodził w to, czy wszystkie wydatki w państwie są równie celowe, co budowa zakładów psychjatrycznych przy tak katastrofalnej ich potrzebie, nie będę mówił o względach humanitarnych, o bezpieczeństwie publicznem narażonem nieraz na szwank ze strony chorych, którzy nie znaleźli pomieszczenia w zakładzie psychjatrycznym, lecz już sam wzgląd na koszty, na straty w majątku ogólnym, jakie pociąga za sobą pozostawienie niektórych psychicznie chorych poza opieką zakładową, na pożary wzniecone w przypadku choroby psychicznej, na utrudnienia w pracy i zarobkowaniu jakie powoduje opieka nad chorym w domu itp. Te wszystkie względy ekonomiczne powinny skłonić czynniki miarodajne do bliższego wejrzenia, jak rujnujące nas gospodarczo jest zaniedbywanie koniecznych potrzeb pod tym względem. Zresztą, gotów jestem wskazać Panu Ministrowi Skarbu źródło skąd może zaczerpnąć fundusze na potrzeby psychjatryczne bez uszczerbku dla koniecznych potrzeb państwowych. Rozporządzenie wykonawcze Ministra Skarbu do Ustawy o Monopolu Spirytusowym przewiduje z czystego dochodu monopolowego, oprócz jednego procentu na potrzeby walki z alkoholizmem, dziesięć procent reszty, t.j. 9,9 procent czystego dochodu z tego źródła na gratyfikację dla urzędników monopolu spirytusowego i spółdziałających urzędników Skarbu. Jeżeli przyjąć że czysty dochód z monopolu spirytusowego wynosi 300 miljonów zł, to 9,9 proc. tej sumy wyniesie 29 miljonów 100 tysięcy złotych. Pro-

ponuję Panu Ministrowi Skarbu przeznaczyć na gratyfikację dla urzędników Skarbu tylko połowę tej sumy, natomiast drugą połowę, t.j. bezmała 15 miljonów, przeznaczyć na potrzeby psychjatryczne. Pozwoli to załatwić najpilniejsze nasze potrzeby pod tym względem i będzie sprawiedliwe, bo wszak znacznego kontyngensu chorych dostarcza nam alkohol.

Wracając do przedmiotu bezpośredniego moich rozważań, t.j. do ustawy psychjatrycznej, uważam, że czy w ustawie czy w rozporządzeniu ministerjalnem musi być wskazany stosunek w jakim uczestniczy państwo w wydatkach na cele opieki nad psychicznie choremi, a w jakim uczestniczą samorządy, że rzecz ta musi być jasno postawiona i ściśle określona. Czy będzie to połowa, czy $^2/_3$ czy inna cyfra; co stanowi obowiązek państwa, a co samorządów, nie może być dłużej takiego stanu jak obecny, gdzie nikt nie wie co do kogo należy. Powinien być także jeszcze ustalony ciężar kosztów, jaki spada na rodzinę, jeżeli w niej znajdzie się psychicznie chory. Obecnie dominuje zasada samowystarczalności zakładów, to znaczy, że koszt utrzymania chorego leczonego w zakładzie spada całym swoim ciężarem na barki rodziny. Wynosi to około 150 zł. miesięcznie. Ponieważ choroba psychiczna trwa nieraz długo, lata i dziesiątki lat, nie trudno wyobrazić sobie, jak niepomiernym wydatkiem jest obciążona taka rodzina, niekoniecznie nawet zupełnie uboga, lecz np. rodzina niższego urzędnika, rzemieślnika, a nawet kilkonasto-morgowego włościanina.

Ustawa powinna tej rażącej niesprawiedliwości zaradzić i wskazać w jakich rozmiarach i warunkach w takich wypadkach przychodzić ma z pomocą rodzinom państwo i większe związki samorządowe, bo nie można temi ciężarami obarczać nawet samorządów mniejszych; dla samorządów wiejskich byłyby one za wielkie. Ustawa o leczeniu ubogich nie wystarczy. Dla tej kategorji osób powinny być obmyślone inne normy oceny ubóstwa. Potrzebna jest tutaj ustawa oddzielna lub oddzielne rozporządzenie ministerjalne.

Do tych kilku uwag ograniczam krytykę Rozporządzenia, bo chodzi mi jedynie o twierdzenie dogmatyczne, o wskazania pozytywne jakie powinny być założone u podłoży ustawy czy rozporządzenia ministerjalnego.

Uważam, że nasze postulaty psychjatryczne powinny ześrodkowywać się w dwóch punktach następujących:

1) Powinien być utworzony **Państwowy Urząd Psychjatryczny**, podległy bezpośrednio Ministerstwu Zdrowia, kierowany przez psychjatrę, należycie teoretycznie i praktycznie przygotowanego, rozporządzającego należytym autorytetem. Urząd wykonywałby kierowniczy nadzór nad całokształtem opieki nad psychicznie choremi w państwie.

Ponieważ choroba psychiczna sprowadza nieraz powikłania natury prawnej i społecznej, przy Urzędzie byłaby czynna Państwowa Rada Psychjatryczna złożona z psychjatrów, przedstawicieli najwyższej magistratury sądowej oraz przedstawicieli społeczeństwa np. posłów sejmowych delegowanych przez Sejm do Rady na czas kadencji sejmowej. Przewodniczyłby Radzie i kierował jej pracami kierownik Urzędu Psychjatrycznego. Każdy z członków Rady rozporządzałby głosem rozstrzygającym, miałby prawo protestu i odwołania do instancji wyższej, z tem jednakże zastrzeżeniem, że przewodniczący Rady t.j. kierownik Urzędu Psychjatrycznego miałby głos stanowczy, to znaczy, że uchwała, przeciwko której wypowie się kierownik Urzędu, ulega zawieszeniu do czasu rozstrzygnięcia przez instytucję odwoławczą, natomiast protest innych członków Rady nie sprowadzałby tego skutku. W ten sposób bez względu na liczebny skład Rady głos kierownika Urzędu Psychjatrycznego nie mógł by być nigdy zmajoryzowany.

Instytucją odwoławczą byłaby Państwowa Rada Zdrowia, której rozstrzygnięcie byłoby ostateczne.

W ten sposób sądownicy i przedstawiciele społeczeństwa mieliby należyty udział w nadzorze nad opieką nad psychicznie choremi. Uczestniczyliby w rozstrzyganiu spraw nie-lekarskich — opieka nad osobą i majątkiem chorego, w których udział ich byłby pożądany, natomiast wszystkie sprawy ściśle lekarskie byłyby rozstrzygane li tylko przez lekarzy, bo oni tylko rozporządzają fachową kompetencją w tej dziedzinie.

Kierownik Urzędu przekazywałby Radzie sprawy, których sam nie chciałby rozstrzygać, a w razach wątpliwości lekarskich miałby pomoc i współdziałanie u lekarzy.

Kompetencje Urzędu i Rady powinny być jaknajszersze, tutaj bowiem powinny być załatwiane nietylko sprawy bieżące, lecz stąd powinny płynąć wskazówki, inicjatywa dla wydźwignięcia naszej opieki psychjatrycznej na wyżyny odpowiadające naszej narodowej kulturze moralnej i umysłowej członków Rady.

2) Odpowiednikiem Centralnego Urzędu Psychjatrycznego w Województwie powinien być **Wojewódzki Urząd Psychjatryczny.**

Kierownikiem Urzędu byłby dyrektor wojewódzkiego zakładu psychjatrycznego. Jeżeli w województwie jest kilka większych zakładów psychjatrycznych jak np. w województwach b dzielnicy pruskiej, jeden z dyrektorów zakładów byłby mianowany przez Ministra kierownikiem Wojewódzkiego Urzędu Psychjatrycznego. W województwach, gdzie niema większego zakładu psychjatrycznego, czynności kierownicze i nadzorcze nad opieką psychjatryczną w Województwie, do czasu powstania w niem zakładu psychjatrycznego, sprawowałby bezpośrednio Państwowy Urząd Psychjatryczny.

Przy Wojewódzkim Urzędzie Psychjatrycznym byłaby czynna Wojewódzka Rada Psychjatryczna, zbudowana na zasadach wytkniętych dla Państwowej Rady Psychjatrycznej.

Instytucją odwoławczą od orzeczeń Wojewódzkiej Rady Psychjatrycznej byłaby Państwowa Rada Psychjatryczna.

Konstrukcja powyższa jest jasna i prosta. Poza kierownikiem Państwowego Urzędu Psychjatrycznego i jego zastępcą nie wymaga nowych stanowisk psychjatrycznych. Nie mamy psychjatrów za dużo, i dopóki trwa stan obecny, nie mamy tak bardzo czem kierować i co nadzorować. Zresztą, wydaje mi się, że układ powyższy przy najbardziej kwitnącym stanie opieki psychjatrycznej byłby wystarczający.

Wyłącza czynniki nielekarskie w rozstrzyganiu spraw czysto lekarskich, które przekazuje wyłącznie tylko fachowcom, a w sprawach, w których opieka psychjatryczna zahacza o stosunki prawne i społeczne, przekazuje tym czynnikom należyty udział.

Jest do przyjęcia dla niepsychjatrów i psychjatrów. Jeżeli porównać Rozporządzenie z Ustawą z 1842 r. obowiązującą jeszcze obecnie na terenie b. Królestwa Kongresowego, to nie można nie stwierdzić ze stanowiska psychjatrycznego, że Rozporządzenie jest krokiem wstecz w stosunku do Ustawy.

Ustawa z 1842 r. jako jedyną postać ingerencji czynników sądowych do zakładów psychjatrycznych zna tylko obowiązek kierownika zakładu powiadamiania prokuratora królewskiego o każdym nowo przyjętym chorym do zakładu. Innych postaci ingerencji sądowej niema. Lecz i ten przepis jako przestarzały przestał być wykonywany. Prokuratorzy nie wiedzieli, co mają z temi wiadomościami robić, lekarze zaprzestali posyłać wiadomości prokuratorowi, uważając całą procedurę za czczą formalistykę. Jakże daleko odbiegło Rozporządzenie od ustawy 42r. i od praktyki obecnej? Natomiast Ustawa 42r. roztaczała troskliwą opiekę nad chorym.

Żądała, ażeby przy przyjęciu chorego do zakładu były przedstawione dokładne dane o początku i przebiegu choroby w t. zw. świadectwie kwalifikacyjnem, w którem pytania do wywiadów były bardzo szczegółowo przedstawione i opracowane ze znajomością rzeczy. Jakkolwiek Ustawa dopuszczała stosowanie środków przymusowych i izolacji ze względu na bezpieczeństwo chorego i otoczenia, jednakże dokładnie określała rodzaj środków, które wolno stosować, innych zabraniała wyraźnie, np. umieszczanie chorego w pokoju ze ścianą z kraty, chociaż sam widziałem system tego rodzaju pomieszczeń, rodzaj klatki, w szpitalu w Bicêtre w Paryżu.

Była w Ustawie wyraźna troska o chorego, wiał z niej piękny duch ustawodawstwa Księstwa Warszawskiego, Królestwa Kongresowego, który przeniknął nawet do Rady Administracyjnej, utworzonej po upadku powstania listopadowego, której członkowie tworzyli Ustawę 1842 r.

Jakże odbiega od niej duchem „Rozporządzenie", ustawa o 80 lat późniejsza, pierwsza ustawa psychjatryczna w Niepodległej Polce, dająca posłuch przesądom, goniąca za mirażami nieistniejących przestępstw spełnianych przez psychjatrów w zakładach psychjatrycznych, tkwiąca korzeniami w bezmyślnej detencyjnej ustawie austrjackiej a troszcząca się tak mało o tego, kto jest podmiotem ustawy, o psychicznie chorego.

Lex ferenda polonaise sur l'assistance des aliénés.

Par
le Prof. Dr. med. R. Radziwiłłowicz.

L'auteur analyse la loi sur l'assistance des aliénés, qui doit être presentée au parlement polonais à sa prochaine séance. Sa critique est dirigée surtout sur ces points de la loi, qui introduisent l'intervention des éléments judiciaires dans la surveillance des hôpitaux des aliénés. Il croit en général que la loi s'occupe trop peu des malades eux mêmes en comparaison avec le soin trop grand qu'elle apporte à l'élaboration des questions secondaires et moins importantes.

Z Zakładu Leczniczego dla nerwowo chorych w Grodzisku. – Dyr. dr. J. Malkiewicz.

Z psychologji twórczości i natchnienia.

Referat na Zjeździe Lekarzy Kresowych w Łucku dnia 30. VIII. 28. wygłosił
Dr. ZDZISŁAW SZYMOŃSKI.

W czasie obserwacji pewnego przypadku nasunął mi się szereg myśli. Przypadek poniższy referuję ze względu na jego nieprzeciętność, ze względu na to, że pozwala on wgłębić się w przebieg procesu tworzenia wogóle, a artystycznego w szczególności, ze względu na to, że chociaż jeśli on nie wyjaśnia praw, kierujących aktem tworzenia, to jednak dorzuci cegiełkę do poznania mechanizmu psychologicznego nieświadomego, t. j. tej warstwy psychiki, która odgrywa rolę niepomiernie wielką w życiu i w twórczości.

Jak mi się zdaje praca moja będzie jednym więcej dowodem znaczenia podświadomości, t. j. tej połaci psychiki, która od niedawna przez naukę zalegalizowaną została. Mówię: od niedawna, boć rzeczywiście dopiero od czasu studjów nad hypnozą, od czasu zrodzenia się psychoanalizy, która zajęła się i marzeniami sennemi, od czasu eksperymentalnych badań psychologicznych (Abramowski) psychologja zaczęła patrzeć życzliwym okiem na nową naukę o podświadomości. Zjawiska hypnozy przyczyniły się do przyjęcia koncepcji psychizmu nieświadomego, boć niewątpliwie każdemu, kto dużo eksperymentował bądź praktykował w dziedzinie hypnozy i kto ma w niej większe doświadczenie, nasuwa się przypuszczenie, że w czasie hypnozy, gdy wszelkie nakazy hypnotyzera są spełniane, ale (jak się okazuje po zbudzeniu) nieuświadomione, skreśloną jest sfera świadomości, a czynna nieświadomość.

W stanie hypnozy, gdy świadomość całkowicie lub częściowo nie pracuje, osobnik może wykonywać szereg czynności, może przeżywać pewne sugerowane sytuacje, mimo zniesienia aktywnego życia intelektualnego, a to dzięki nieświadomemu. Zresztą już nawet codzienne doświadczenie życiowe podnosi znaczenie roli podświadomości, gdyż chyba każdemu z nas zdarzało się, że zasypiał z chęcią rozgryzienia pewnego zagadnienia, a budził się z już rozgryzionym.

Wszystkie badania (zwłaszcza psychoanaliza) nad podświadomością dowodzą, że zalążki myśli, wyobrażeń i uczuć powstają w podświadomości z której całe kompleksy, t. j. grupy wyobrażeń połączonych pewnym zabarwieniem efektywnym, wyłonić się mogą.

Psychoanaliza zajęła się nietyle procesem twórczości a raczej więcej psychologją twórców i motywów twórczości przez studja patograficzne.

Nas raczej zainteresuje sam proces twórczości. Nie traćmy czasu. Przystąpijmy do zreferowania (z braku miejsca i czasu w streszczeniu) przypadku. Przedstawia on się następująco:

Pacjentka, p. Ł., lat 20, panna, urzędniczka państwowa, oddana do zakładu dn. 2. III. 28. przez matkę z powodu silnego rozstroju nerwowego (drgawki, przejściowa ślepota) i bólów głowy. Na mą prośbę skierowaną do pacjentki, by odzwierciedliła przeżycia swej wczesnej młodości mówi (zanotowałem dosłownie, gdyż słowa jej są charakterystyczne dla jej psychiki):

„Urodziłam się na Ukrainie, nad moją kolebką szumiały stepy i Dniepr srebrzył się swemi wodami otaczając mnie pięknością; piękność kraju i brak pieszczot rodzicielskich, któremi są darzone wszystkie dzieci, wyrabiały we mnie zwolna dwie cechy charakteru a mianowicie sentymentalność i nadzwyczajną, chorobliwą niemal, skrytość; już wówczas najpiękniejszą była dla mnie chwila, gdy z pod krańca horyzontu dobiegały moich uszu melodje ludowego śpiewu; nie wiem czyżby tony muzyki, któremi ludzie zwykle wypowiadają swe bóle, miały budzić w sercu moim, dziecka przecież, przeczucie jego przyszłych cierpień.

Od 8 roku wychowywałam się u ojczyma, był niedobry. Wcześnie wstąpiłam na pensję, uczyłam się bardzo dobrze, klasy 3. i 4. przeszłam w jeden rok, klasy 5. i 6. także przepracowałam w jeden rok, maturę otrzymałam w 16. roku życia; w 16. roku przechodziłam wstrząs mózgu, wstąpiłam na Uniwersytet, od 16. roku życia pracuję jako urzędniczka; byłam bardzo pracowitą; od kilku lat pisuję prozą i poezje. Od 2 miesięcy t. j. od chwili rozstroju nerwowego nie pisuję wcale. Czyniłam kilka prób samobójczych, miewam silne i częste bóle głowy, lekarze zalecali mi proszki, obecnie używałam 8-12 proszków dziennie. Choruję na płuca od jednego roku, temperatura do 38,5 st".

Anamneza potwierdzona przez matkę.

Badanie fizykalne w danym wypadku nas nie interesuje. Nie zaciekawia nas też i leczenie jakie w związku ze zmianami

w płucach przeprowadzono. Na zasadzie już nawet pobieżnego badania stanu psychicznego (szczegółów nie podaję) twierdzić możemy z całą stanowczością że pacjentka nasza jest schizoidem.

Pacjentce w związku z psychonerwicą zalecono zabiegi hypnotyczne w obronie których, jako środka psychoterapeutycznego, nie będę na tem miejscu walczył; wspomnę tylko, że metoda perswazji i izolacji Dejerin'a i metoda dyalektyki Dubois i metoda Oppenheima i Levy'ego w nielicznych wypadkach dają wyniki. Właściwie walka co do pierwszeństwa metody psychoterapeutycznej toczyć się winna między hypnozą a psychoanalizą, ale może nadejść chwila, że sprawa zostanie załatwiona kompromisowo, bowiem zostaną ustalone ścisłe indykacje i dla hypnozy i dla psychoanalizy

Z pacjentką dokonałem kilka prób wstępnych tyczących się stopnia sugestywności i podatności na hypnozę, które wypadły dodatnio, jak to zresztą już zawczasu spodziewaliśmy się, a to ze względu na to, że pacjentka zdradzała temperament sangwiniczny, jest młodą, pełni zawód urzędniczy, jest więc przyzwyczajoną do rygoru. Sangwinicy, którzy są ludźmi wrażliwymi, skłonnymi do przejściowych afektów, posiadaczami żywej wyobraźni, zapalczywymi — (jak to wykazują moje obserwacje na przeszło 100 usypianych) wpadają w głębokie fazy snu hypnotycznego (somnambulizmu), niż flegmatycy t. j. ludzie o słabej wrażliwości i powolnem reagowaniu. Sangwinicy, mając żywszą wyobraźnię, łatwiej przyjmują sugestję snu; odgrywa też rolę umiejętność silnego acz krótkotrwałego skupienia uwagi, stwarzania monoideizmu. Naogół autorzy zwracają uwagę, że na stopień podatności na hypnozę wpływa wiek, płeć, zawód i tak jest rzeczywiście, atoli mnie się zdaje, że decydującą rolę odgrywa jednak charakter, temperament, hypnotyka.

Dnia 2. III. 1928 r. o godz. 21,40 przystąpiłem do zabiegu hypnotycznego w obecności siostry szpitalnej. Usadowiłem pacjentkę wygodnie, sam siadłem przed nią i przystąpiłem do zabiegu. Po kilkunastu sekundach od ostatniej słownej sugestji, będąc już prawie pewnym że sen jest głęboki, przekłuwam grubą igłą skórę grzbietu dłoni prawej (godz. 21,43). Analgezja i anestezja totalna. Sugestywność wybitnie wzmożona. Faza somnambuliczna snu hypnotycznego. Do fazy tej dążę zawsze ilekroć zabieg hypnotyczny w celach psychoterapeutycznych stosuję. W hypnozie po kilku minutach pacjentka poczęła tworzyć poezje, których treść siostra

szpitalna (w czasie hypnozy powinna być zawsze druga osoba) skrupulatnie notowała.

Nakazu przerwania twórczości w hypnozie nie podawałem, a to dla tego że powtórne przeżycie wspomnieniowe i absolutne uświadomienie prowadzi zawsze do bardzo znacznego obniżenia napięcia intrapsychicznego; takie oczyszczenie podświadomości z chorobotwórczych kompleksów o dużym ładunku afektywnym na stan zdrowia psychicznego tylko dodatnio wpłynąć może. Pacjentkę zbudziłem po podaniu sugestji terapeutycznych. Po zbudzeniu z hypnozy pacjentka narzeka na silny ból głowy (mimo prawidłowej techniki budzenia), który usunąłem przyłożywszy ręce do czoła i potylicy jej głowy i silnie akcentując każde słowo sugerowałem: „ból głowy się zmniejsza... z każdą chwilą czuje się pani lepiej... bólu głowy już niema!“ Pacjentce stosowano zabiegi hypnotyczne w dn. 3. III, 4. III (protokół nr. II; nr. III), 8. III i 12. III. Stan pacjentki lepszy. W hypnozie dn. 3. III i 4. III. bardzo płodna twórczość poetycka W hypnozie 8. III. dr. S. zadaje pytanie: „co to jest natchnienie?“; następuje chwila ciszy, potem pacjentka mówi: „Natchnienie jest czemś przesubtelnym, tak utkanym z mgieł i koronek białych pian... tak misterną przędzą pajęczyn, że wystarcza lekkiego dmuchnięcia, by je rozwiać... Natchnienie jak szczęście... przychodzi cicho, nieoczekiwanie! I jednego i drugiego wzywać nie można. Jeśli ma przyjść — przyjdzie!“ — Protokołu z tej hypnozy pacjentce nie czytałem, a jednak 12. III w hypnozie między innemi wierszami dyktuje wiersz będący odpowiedzią na zadane pytanie:

„Pada w głąb myśli jak iskra!
Wciśnie się nagle na same dno“ itd.

14. III. Pacjentka wypisuje się z zakładu z poprawą wybitną,
24. III. Matka pacjentki zawiadamia, że przez 10 dni od opuszczenia zakładu córka jej czuje się doskonale.

* * *

W tej całej sprawie zwraca uwagę parę faktów a mianowicie:

że pacjentka od przeszło dwóch miesięcy nie tworzyła (dawniej dużo), nie pisała ani prozą ani poezji a już w czasie pierwszego zabiegu hypnotycznego poczęła tworzyć,

że w czasie hypnozy, gdy jej przyszła kompozycja twórcza, skarżyła się na natłok myśli i mówi, że ma przed sobą uplastycznione obrazy, które tylko opisuje, rymów nie dobiera, one „same się nasuwają“ a jednak rym i rytm jest dobry, wierszy nie popra-

wia; gdy sekretarka nie zdążyła zanotować, to medjum najczęściej już po raz wtóry powtórzyć nie mogło,

że (zauważono przy dalszych hypnozach) zbudzić medjum jest wtedy łatwiej i budzi się chętniej, gdy już wyczerpie swe tematy poetyckie,

że odpowiedź dłuższym wierszem na pytanie co to jest natchnienie, otrzymałem przy następnym zabiegu hypnotycznym,

że po zbadaniu p. Ł. zaprzecza, iżby spała mimo, iż w każdorazowej hypnozie trzymałem ją przez 1—1$^1/_2$ godziny; amnezja ta jest rezultatem rozluźnienia a nawet przerwania połączeń podświadomości i świadomości.

P. Ł. nie przypomina sobie, by pisała te wiersze, ale one są pisane „moim językiem i zawierają moje myśli" i tak np. rzeczywiście „nie wolno wątłej rośliny brać w ręce" a to dlatego bo „pączek rozwarty palcami drżącemi skona w rozkwitu przedwczesnego męce". Podobają się jej niektóre określenia i porównania i tak np. (protokół Nr. III z dn. 4. III. 28 r.)

„Gdy pociąg moich marzeń stał na stacji nudy"

„Nizać naszyjniki z tęsknych łez opali" i szereg innych.

p. Ł. zaznacza, że w tych wierszach jest giętkość i miękkość, której może właśnie brak jej utworom,

że w jednym z utworów (prot. No. III) jest następujący wiersz:

„A że właśnie rozbiłam pozytewkę szklaną" itd.; gdy go czytam pacjentce po zbudzeniu jej z hypnozy ona zwraca uwagę, że rzeczywiście dziś rano rozbiła pozytewkę szklaną (sprawdzono),

że w jednym z wierszy p. t. „pod oranżowym abażurem" opisuje taniec pierrota, który zeskoczył z abażuru i „puścił się w tan modernistyczny" a gdy ten wiersz odczytuję jej mówi, że przed 3-ma laty była u kuzynki u której w pokoju na abażurze lampy był namalowany pierrot i wtedy wyobraźnia się rozbujała i wydało jej się, że pierrot zeskoczył z abażura i zaczął tańczyć, ale p. Ł. dodaje, że zupełnie o tem zapomniała i dopiero teraz gdy przeczytałem wiersz, fakt ten sobie przypomniała.

* * *

Przystąpmy teraz do obserwowania przebiegu procesu tworzenia wogóle a procesu twórczości artystycznej w szczególności.

Zdajemy sobie sprawę, że analizowanie tego procesu nastręcza dużo trudności. Posługiwać się musimy głównie introspekcją, metodą niedoskonałą. Niedoskonałość jej polega głównie

na tym, że cały splot ziawisk psychicznych po za świadomością leżących (podświadomość) jej nie podlega.

Nim przystąpimy do analizy musimy zastanowić się co twórczością i kogo twórcami nazywać będziemy.

Nie chodzi nam o definicję absolutnie ścisłą, chodzi nam o to byśmy się rozumieli.

Twórczość — to pomysły i realizacja pomysłów oryginalnych; zważmy jednak przecie, że każdy akt twórczy zawiera jednak w sobie pewien pierwiastek odtwórczy, że więc przeto granica, gdzie się kończy odtwórczość a zaczyna twórczość jest zatarta, zamazana. Właściwie każdy człowiek jest odtwórcą, ale jednocześnie i twórcą. Możność tworzenia jest jedną z najbardziej patognomonicznych cech niepomiernie skomplikowanego splotu zwanego psychiką ludzką. Prawdziwy twórca — artysta tworzy, bo musi tworzyć, jest to dlań koniecznością. Aby zrozumieć przebieg procesu tworzenia, pragnę najpierw skreślić główne rysy psychiki twórcy. Psychika p. Ł. jest charakterystyczną dla większości psychiki twórców. Obdarzonymi psychiką artystyczną nazywamy tych, którzy są niejako predysponowani do marzeń, do wyobrażeń wytwórczych powstałych na glebie fantazji. Marzenia są wytworem fantazji a budowa ich psychologiczna składa się z wyobrażeń, jest więc zbliżona do budowy spostrzeżeń. Natury nawskroś artystyczne mają zdolność przeróbki przeżyć realnych na artystyczne, znajdujemy to we Freudowskiej analizie marzeń sennych.

Zasadniczymi cechami psychiki artystycznej jest ogromna wrażliwość i subtelność z jednej, umiejętność wżywania się w inne dusze z drugiej i żywa wyobraźnia oraz szybkość, mnogość i różnorakość asocjacji z trzeciej strony.

Mnogość i różnorakość asocjacji, duży zapas spostrzeżeń, zdolność wyobrażania sobie rzeczy i spraw nigdy i nigdzie nie spostrzeganych umożliwia liczne wyobrażania wytwórcze składając się na żywą fantazję, wyobraźnię.

Wrażliwość i subtelność oraz umiejętność wżywania się w cudze dusze pozwalają naturom artystycznym wyczuwać ich najdrobniejsze drgnienia; stąd zdradza się owa łatwość konstruowania charakterystyk, stąd umiejętność chwytania cudzych rozedrganych myśli jak jakie fale radjowe.

Z żywości wyobraźni — świeżość i jaskrawość zarysowanych obrazów. Na stopień żywości wyobraźni wpływa temperament,

płeć, wiek, otoczenie, wychowanie a przejściowo nastrój i narkotyki (haszysz, eter).

Wszystkie zjawiska psychiczne przebiegają bądź świadomie, bądź półświadomie, bądź nieświadomie.

Takie fakta jak nagłe, błyskawiczne zjawianie się pomysłów artystycznych, gdy się o nich w danej chwili nie myślało, jak zjawianie się lub nawet zrealizowanie pomysłów we śnie (gdy świadomość zawieszona), jak to, że zwykle od chwili gdy dostaje się do psychiki pewne spostrzeżenie i gdy powstaje wyobrażenie, zabarwione uczuciem świeżem i drgającem, aż do chwili jego artystycznego odzwierciedlenia upływa czas pewien, jak chwile wzniosłego natchnienia, chwile najczystszej wody improwizacji w których poeta rodzi bezboleśnie — wskazują na to, że nieświadomość w twórczości odgrywa rolę niepomiernie ważką (chwile natchnienia trzeba traktować jako moment wyłamania zapory między podświadomością a świadomością).

Natchnienie jest stanem, w którym zmniejszonym jest opór, w którym zmniejszone jest tłumienie, w którym to stanie łatwiej przeto o uświadomienie treści psychicznej nieuświadomionej. Z natchnieniem właśnie następuje wyładowanie stłumionych, uwięzgniętych i nieodreagowanych afektów i stąd wypływa obniżenie napięcia intrapsychicznego.

W natchnieniu każdy twórca odczuwa swą bierność; wypływa to stąd, że napływ wyobrażeń wytwórczych i afektów czerpie swe źródło w podświadomości.

Oczywista rzecz, że aby porodzić płód artystyczny, trzeba było najpierw zostać zapłodnionym.

Zapłodnienie może być uświadomione przez osobnika zapłodnionego lub nawet nieuświadomione. Często drobny wypadek, zdawałoby się mało znaczący drobiazg o ile ma zabarwienie i ładunek afektywny, staje się bodźcem do pracy psychicznej najpierw w świadomości a potem w podświadomości (przykładem niech posłuży wyżej opisany pierrot z wiersza „pod oranżowym abażurem".)

W podświadomości fakt kiełkuje, pęcznieje i z prądem czasu składniki podświadomości ulegają bądź dysocjacji, rozerwaniu, bądź zostają zcalane, luki zostają zapchane nowemi kompleksami i w wypadku, gdy zachodzi artystyczna reprodukcja, obraz jest zmieniony, zniekształcony, ale zato ma na sobie polor artystyczny. Zapomniane więc nie leży w podświadomości biernie a zachowuje dużą żywotność i twórczość jak to wykazuje pouczająca analiza

przebiegu procesu tworzenia i badania eksperymentalne (Abramowski); ale nietylko zapomniane jest treścią podświadomości, lecz także i to co w roztargnieniu pomijając świadomość odrazu dostaje się do przedświadomości (nazwałem to zapłodnieniem twórczym nieświadomym), i ta właśnie warstwa podświadomości, której geneza w roztargnieniu jest głównym źródłem twórczości, jak to wykazał wyżej wymieniony badacz. Zresztą już i psychoanalitycy zauważyli, że na treść marzeń sennych wcale nie tak często, jakby to należało przypuszczać, wpływają przeżycia uświadomione.

Toż samo z twórczością. W twórczości główną rolę odgrywa druga warstwa psychiczna, warstwa podświadomości.

Wszystkie fakta wyżej przytoczone stanowczo dowodzą, że podświadomość nie jest bierną warstwą psychiczną a że wprost przeciwnie jest aktywną, dynamiczną, że w genezie myśli, wyobrażeń i w twórczości gra niepoślednią rolę.

Ciekawem jest jakie składniki podświadomości najłatwiej się przebijają? Czy te które tkwią w podświadomości dawno? Czy te które od niedawna na glebie podświadomości porastają? Czy te co mają silne zabarwienie afektywne?

Są to sprawy wymagające szczegółowego omówienia. Zdaje się jednak, że czas przedostania się pewnego wrażenia do podświadomości nie odgrywa żadnej roli w łatwości wysunięcia się z niej i tak np. p. Ł. z. dn. 4. III. dyktuje wiersz, w którym jest wzmianka o rozbiciu szklanej pozytewki, co w istocie miało miejsce w dniu pisania, a np. w dn. 8. III. p. Ł. dyktuje wiersz „pod oranżowym abażurem" w którym — jak to już wyżej pisaliśmy — są odzwierciedlone jej myśli i marzenia aż z przed 3 lat.

Te fakta, które miały pewne zabarwienie afektywne (jak np. marzenie o pierrocie), które są złączone z pewną mocą, z pewną barwą emocjonalną, łatwiej kiełkują w sferze podświadomości i łatwiej od innych wyłaniają się w stanach, gdy świadomość jest umniejszona (marzenie, hypnoza, sen).

U p. Ł. wszystkie poezje pisane w hypnozie (jest ich cały tomik) mają żywsze zabarwienie wzruszeniowe; widocznie pierwiastek wzruszeniowy powoduje większą labilność, większą łatwość przebicia się tych fragmentów podświadomości.

W walce między składnikami podświadomości w kierunku przebicia się do świadomości odgrywa także rolę podobieństwo wzruszeniowe nastroju z czasu przeżycia i z chwili jego reprodukcji i tak np. kto jest nastrojony smutnie łatwiej wszystkie swego

życia smutne chwile reprodukuje. Nasuwa mi się jeszcze jeden fakt z mych obserwacji, który jest jednym dowodem więcej znaczenia podświadomości w twórczości. W hypnozie świadomość jest zniesiona, czynność kory mózgowej zawieszona; wszelkie nakazy są skierowane wprost do warstwy nieświadomości. Otóż dn. 8. III. w hypnozie zadałem p. Ł. pytanie co to jest natchnienie, na co mi odpowiedziała prozą a dn. 12. III. p. Ł., także w hypnozie, daje mi odpowiedź na me pytanie postawione 8. III. dłuższym wierszem; pytanie moje postawione przeze mnie stało się żywym impulsem do czynności podświadomej o której świadomość nie wiedziała. Zbieranie płodów twórczości artystycznej jest możliwe zarówno w stanach całkowitej świadomości, w stanach półświadomych (natchnienia, marzenia) oraz w stanach, gdy świadomość jest zniesiona (hypnoza, autohypnoza).

Natury twórcze — acz nie wszystkie — rodzą w natchnieniu (półświadomość), widzimy więc rzecz zdawałoby się paradoksalną a mianowicie, że przy porodzie płodu artystycznego pełna świadomość jest jakby przeszkodą. Są jednak twórcy, którzy nie tworzą w natchnieniu. Nie u wszystkich więc twórców przebieg procesu tworzenia jest jednakowy. Jedni piszą lub chociażby szkicują w natchnieniu; inni dłutkiem wykuwają swą pracę syzyfową. U tych co piszą w natchnieniu a więc w stanie wybitnego wzmożenia żywości wyobraźni, przy zwężeniu pola świadomości wyłania się zwykle treść podświadomości podbarwiona afektywnie i tak: burza uczuć, huragan wściekłości, piękno i głębia ekstazy znajdują swe ujście. Ci co łatwo wpadają w stany natury hipnotycznej, ci co marząc powodują tem samem przejściowe zmniejszenie pola świadomości i tłumienia, słowem ci, którzy umieją wyłaniać z siebie głębie podświadomości, które wypływają strumieniem — to ta kategorja twórców, którzy tworzą w natchnieniu.

W naszych rozważaniach nad przebiegiem procesu aktu twórczego musimy stwierdzić, że są dwa różne mechanizmy tworzenia.

U jednych zjawia się co jakiś czas błyskawiczne natchnienie, w czasie którego całkowicie lub częściowo płód artystyczny rodzą; ci co piszą nie wykańczając swych prac w natchnieniu, zwykle kreślą sobie szkic, pewne wytyczne, a już wykańczają w stanach całkowitej świadomości. U nich w sferach podświadomości zaczynają pływać jakby deseczki i beleczki, które mają się stać materjałem do budowy (faza I.); potem następuje burza — na-

tchnienie, wyładowanie podświadomości, i w tym momencie w wielkim pośpiechu i z wielkim rozmachem postępuje budowa całkowita lub fragmentów (faza II.); w okresie ostatnim twórca wykańcza to co wykonał w natchnieniu (faza III.).

U drugich — napadów (że się tak wyrażę), natchnienia niema. Są to ludzie którzy cyzelują. U nich rodzi się w ich świadomości idea przewodnia (faza I.), która po pewnym czasie (a więc także z udziałem podświadomości) zostaje wcielona, zrealizowana (faza II.). A więc jak to z naszej schematycznej analizy wynika, jest kolosalna różnica w przebiegu aktu tworzenia, w mechaniźmie tworzenia, gdyż **pierwsze** fazy u obu grup twórców są inne (u pierwszego typu twórców podświadomość odgrywa donioślejszą rolę), gdyż **drugie** fazy u obu grup nic z sobą wspólnego nie mają, gdyż **trzeciej** fazy u drugiej grupy twórców wcale niema. Oczywista rzecz, zdaję sobie doskonale sprawę z tego, że rozklasyfikowanie twórców na dwie grupy jest nieco sztuczne, jak wogóle sztuczną jest każda klasyfikacja; życie nie znosi żadnych odgraniczeń, nie zna klasyfikacji; analiza jednak klasyfikacji wymaga.

Że granic ostrych niema, to zauważymy, jeśli będziemy rozpatrywali mechanizm tworzenia w grupie pierwszej, — to przyznać trzeba, że świadomość odgrywa także ważką rolę, gdyż niektóre fragmenty podświadomości (te, które pochodzą nie z roztargnienia lecz z zapomnienia) mają także swą genezę w świadomości, no a wreszcie pamiętać trzeba że i w fazie trzeciej świadomość odgrywa rolę ważką.

Nie będziemy tu zastanawiali się jaki sposób twórczości jest piękniejszy i wyższy — gdyż nie jest to zadaniem psychologa. Zaś na pytanie jacy artyści należą do grupy pierwszej a jacy do drugiej, odpowiedź jest następująca: rodzaj talentu, temperamentu i charakteru jest decydujący.

* * *

W pracy swej zanalizowałem proces tworzenia, podkreślając, że są dwa mechanizmy tworzenia.

Podkreśliłem znaczenie podświadomości w akcie tworzenia: większe u pierwszej grupy, mniejsze u drugiej.

Hypnoza jest stanem, w którym świadomość jest zawieszona; twórczość w hypnozie podkreśla rolę podświadomości.

Zanalizowałem która z warstw podświadomości najłatwiej ujawnia się: nie tyle zależy to od czasu, kiedy do podświadomości się dostało, a raczej od zabarwienia afektywnego i podobieństwa

wzruszeniowego nastroju w chwili, gdy wyobrażenie w psychice powstało i w chwili, gdy ono się ujawnia.

Opisałem przypadek rzadki. Twórczość poetycka w hypnozie opisywaną nie była.

Zdaję mi się, że przez przedstawienie tego przypadku może chociaż częściowo przyczynię się do wyjaśnienia skomplikowanego mechanizmu procesu twórczego, rzucając promień światła na sprawę wielce zawiłą i zagmatwaną, jaką jest twórczość.

Piśmiennictwo.

Arreat L.: „Memoire et imagination" 1895
Aulhorn E.: „Dichtung und Psychoanalyse" (Köln. Ztg. Lot. Bl. 1923)
Bernheim: „Die Sugestion" 1882
Abramowski: „Metody badania podświadomości".
Abramowski: „Wpływ wzruszeń na opór zapomnianego"
Abramowski: „Badania doświadczalne nad pamięcią".
Brentano: „Das Genie" 1892
Byk S.: „Die Psychologie des Schönen" 1912
Charcot et Richet P.: „Les demoniques dans l'art". Paris 1887
Döring A.: „Die aesthetischen Gefühle" (Zeitschrift für Psych.) 1887
Erdman B.: „Zur Theorie der Beobachtung" (Arch f. Phil.) 1895
Froschamer: „Die Phantasie als Grundprincip", München
Glogau: „Die Phantasie".
Hartmann Ed.: „Philosophie des Unbewussten"
Hartmann: „Aesthetik". Leipzig
Jane P.: „L'automatisme psychologique".
Kalischer H.: „Psychoanalyse". (Köln. Ztg.) 1922
Lichtenberg: „Die Phantasie".
Kretschmer: „Körperbau und Character".
Poincaré H.: „Matimatical creation".
Schelling: „Philosophie d. Kunst".
Stekel: „Dichtung und Nevrose"
Zschimer E.: „Philosophie der Technik" 1920
Szokalski: „Fantazyjne objawy zmysłowe".

Psychologie de la création et de l'inspiration.

Comunication faite le 31. 8. 1928 à la réunion des médecins des provinces limitrophes à Łuck.

Dr. med. Z. SZYMOŃSKI.

L'auteur précise les pensées qu'a fait naître en lui l'observation de la création poétique dans la phase somnambulique du sommeil hypnotique.

La création dans l'état hypnotique constitue une contribution précieuse à l'étude psychologique de la création et de l'inspiration, car elle permet d'approfondir le mécanisme du processsus créateur en géneral, et de la création artistique en particulier.

La création dans l'état hypnotique fournit une preuve de plus du rôle important joué par le subconscient dans le processus créateur. La psychanalyse, l'étude de l'hypnose et les recherches psychologiques experimentales ont déjà mis en relief, il est vrai, le rôle du subconscient, mais l'auteur estime que la création dans l'état hypnotique est tout particulièrement destinée à demonstrer que le subconscient n'est pas uniquement une couche passive, mais qu'il intervient d'une façon active et dynamique et qu'ii occupe une place importante dans la genèse des pensées, des sentiments et du processus créateur. L'auteur étudie ensuite les caractères essentiels d'ordre psychologique de la création du artistique. Il précise enfin les états dans lesquels cette création peut se produire: elle peut se manifester aussi bien dans états de demiconscience (inspiration, rêverie), que dans des états où la conscience se trouve suspendue (hypnose, autohypnose), ainsi que, enfin, dans des états de conscience parfaitement claire.

En se basant sur ses recherches, l'auteur considère l'inspiration comme une décharge de facteurs affectifs, refoulés; cette décharge a pour conséquence un abaissement de la tension intrapsychique.

Ogólne podstawy freudyzmu w świetle krytyki.

(Część I. większej pracy p. t. „FREUDYZM A PSYCHJATRJA".)

podał
Dr. STANISŁAW HIGIER (WARSZAWA).

I. Stosunek wzajemny freudyzmu i psychjatrji wysunął się ostatnio na forum dyskusji naukowej z siłą i natarczywością wprost sympatyczną. O ile do niedawna jeszcze temat psychoanalizy uważany był za wręcz śliski i, jako taki, wyraźnie unikany na zjazdach i kongresach, o tyle obecnie stał się on mimowoli jednem z czołowych zagadnień dyskusyjnych, któremu oficjalnie i nieoficjalnie coraz to więcej miejsca i czasu się poświęca.

Skąd przyszło do tego? — to pytanie zostawić należy raczej objektywnemu dziejopisowi przyszłości. W każdym razie zmiana ta nie jest z pewnością ani wyrazem tryumfu koncepcji psychoanalitycznej, jak chcą jedni, ani ostatecznego dyskredytowania przez naukę sensacyjnej, a pseudonaukowej mody, jak dowodzą inni. Przeciwnie: — mimo całą ostrość i bezwględność, polemika obecna ma raczej cechy konferencji pokojowej, niż wojny. Chodzi o znalezienie pewnej wspólnej podstawy porozumienia, pewnego nawet „modus vivendi", umożliwiającego współpracę w najbliższym czasie. Już sam sposób stawiania zagadnień, najczęściej dziś spotykany, a który stanowi też tytuł niniejszej rozprawki: — Freudyzm a psychjatrja — a więc dążenie do wyłuskania praktycznej wartości koncepcji w stosunku od odwiecznego działu medycyny klinicznej, jest miarą pozytywności wysiłków polemicznych, ich twórczych, a nie tylko krytycznych, założeń.

II. *Koncepcja Freuda jest przedewszystkiem koncepcją psychologiczną i patopsychologiczną* i w takiej już postaci oddana została ona w ręce swych pierwszych zwolenników. Ci zaś, z nielicznymi tylko wyjątkami (np. Jung, Bleuler), obcy byli całkowicie odnośnym dyscyplinom naukowym. Sam Freud przyznaje, że w okresie wypracowania teorji psychonerwic, marzeń sennych i psychopatologji życia codziennego, klasycznej psychologji właściwie nie znał, a i przedtem interesował się odpowiednimi zagadnieniami w zakresie bardzo ograniczonym i z punktu widzenia jedynie

ściśle podmiotowych, a niepogłębionych koncepcji Bernheima i jego szkoły w Nancy.

Ale, jeżeli w stosunku do Freuda była to raczej okoliczność szczęśliwa, ułatwiająca krystalizowanie się twórczej ideji, o tyle ów analfabetyzm psychologiczny wielkiej rzeszy lekarzy-praktyków zaciążył przemożnie na dalszym rozwoju psychoanalizy.

Zaciążył podwójnie.

Przedewszystkiem dlatego, że, stając się zwolennikiem metody psychoanalitycznej, lekarz tego pokolenia nie umiał uzgodnić jej z całokształtem swego światopoglądu, poprostu z powodu braku jakichkolwiek sharmonizowanych pojęć podstawowych z tych dziedzin.

Freudyzm był więc naogół przyjmowany na wiarę; nie dlatego, że dopełniał odpowiedni system naukowy lub myślowy, nie dlatego, że przekonywał lub zmieniał do głębi dotychczasowe, słabiej ugruntowane, zapatrywania, ale poprostu dlatego, że się podobał, a istniała pusta szufladka, do której łatwo go było wsunąć. Szufladka ta nie miała jednak ograniczonych wymiarów ani treścią swej nowej zawartości, ani ustosunkowaniem do innych dziedzin.

I koncepcja psychoanalityczna, wypływająca z pewnych tylko zjawisk szeregu psychologicznego i pewne tylko, również określone, zjawiska obejmująca, staje się dla całej plejady lekarzy alfą i omegą wszelkiej psychologji, ba, nawet wszelkiej filozofji czy teorji wiedzy współczesnej.

Prawda! — każda nowa koncepcja teoretyczna ogarnia z początku dziedziny zupełnie jej obce, podporządkować sobie się stara nadmierny zakres zjawisk i dyscyplin, i potem dopiero odnajduje właściwe sobie łożysko. Ale w czasach współczesnych taka ekspansja „nowości" naukowej prowadzona jest przedewszystkiem przez grono fachowców danej dyscypliny i przy pomocy wielkiego arsenału naukowo ważkich dowodów.

Tyczasem *ekspansja freudyzmu odbywała się głównie przy współudziale pionierów obcych* płaszczyźnie zagadnień psychologicznych* i uzbrojonych w zgoła niewspółczesny, (a chwilami wręcz średniowieczem tchnący) system płytkich porównań, fałszywych indukcji, bezwartościowych teorjo-poznawczo oświetleń (p. Kronfeld). Próbowano więc naukę Freuda (szczególnie pierwszego okresu) stosować i do psychologji społecznej, i do religjonistyki, do psychologji twórczości artystycznej, do wyjaśnienia zjawisk fizjologicznych głodu, płciowości, hypnotyzmu (i u zwierząt!),

po patologji cielesnej, embryologji, chemji, estetyki, metafizyki! (p. Maeder, Holler, Bychowski, Groddeck etc.) Przeciwstawiano i przeciwstawia się po dziś dzień freudyzm dotychczasowym wysiłkom i kierunkom wiedzy psychologicznej, podkreślając jego kolumbowe zgoła zasługi w stosunku do prawd, o wiele dawniej odkrytych i przez innych bardziej zasadniczo i dokładnie zbadanych. W niepojętej naiwności przywłaszczała sobie szkoła psychoanaliczna monopol na determinizm psychiczny, o ileż głębiej uzasadniony przez Wundt'a i Herbarta, twierdzi o swem pierwszeństwie jako kierunku biologicznego w psychologji, wmawia, że to ona tylko wprowadza pojęcie energji do zjawisk ducha, że zapoczątkowuje psychologję indywidualną, patografję psychologiczną, psychagogikę i t. p. Jak wszystkie te domniemane zasługi wyglądają w świetle kryterjum teorjopoznawczego i porównawczo-historycznego, zobaczymy dalej.

Co gorsza, to ten negatywny, walczący stosunek psychoanalityków pierwszej epoki względem wszystkiego, co nie jest psychoanalizą. Walczy się więc między innemi, nie wiadomo cui bono, z tymi ogólnymi naukopoznawczymi (hodogetycznymi) podstawami, które bynajmniej z psychoanalizą nie są sprzeczne i na których w końcu oprzeć się ona musi. Walka ta zarówno z paralelizmem psychofizjologicznym, jak i epifenomenizmem, zarówno z podświadomością, jak koncepcją koncentrycznej uwagi, zarówno z fenomenologizmem, jak psychologją fizjologiczną sensu strictiori (Wundt), wykopuje głęboką przepaść pomiędzy psychoanalizą, a tem, co stanowi organiczny całokształt wiedzy nowoczesnej.

Podobnie bezcelowe, a nie dość przez prowodyrów ruchu potępiane wycieczki i ekspedycje karne, wynikające z nieporozumienia lub, częściej, z niezrozumienia przeciwników, zdepopularyzowały w oczach wielu przedstawicieli nauki oficjalnej ideę freudowską raz na zawsze.

Na tem jednak błędy przywódców kierunku się nie skończyły.

Odgrodzeni stale przez wymagający ciągłej organizacji tłum zwolenników, odnajdując w nim bezkrytyczny jedynie ekran dla każdej wypowiadanej myśli, pozbawieni wszelkiej korektywy, zawaleni pracą propagatorską, grzęzną oni w bezpłodnych w stosunku do wiedzy herezjach, z których znacznie później dopiero wyzwalać się zaczną.

Każdego, mniej świadomego historji rozwoju freudyzmu, zdumiewać muszą pokutujące w nim tak długo sprzeczności i naiwności.

Niepojęta dla biologa ani psychologa ideokineza, do której koniec końców sprowadza się mechanizm nerwic narządowych (konwersje); ujmowanie złożonego zjawiska życzenia jako najprostszego elementu psychicznego (pomimo wyprowadzenia go przez Freuda z bardziej, zdawałoby się, prostych: przyjemności i przykrości w pierwotnym aparacie psychicznym); pojęcie energji psychicznej, jedynej w swoim rodzaju energji, która nigdy nie wyczerpuje się, a przy wszelkich zjawiskach duchowych wzrasta: koncepcja zdrowia psychicznego, polegającego na nagromadzeniu się ad maximum mocy chorobotwórczych („udatnie" wypartych kompleksów); odmówienie wszelkim,, poza seksualnym, (nie wyłączając pierwotnie i samozachowawczego) instynktom, ważkości w powstawaniu mechanizmów psychopatologicznych; bezkrytycznie daleko sięgające identyfikowanie, względnie analogizowanie w szczegółach psychiki dziecięcej, ludów pierwotnych i osobników chorych psychicznie i t. d. — oto te najbardziej w oczy bijące błędy i fałszywe uogólnienia, które wbrew oczywistościom przedmiotowym wiedzy nowoczesnej pokutują dotychczas, niezmiernie powoli ulegając poprawkom.

W powyższym niekompletnym i suchym zestawieniu nie chodzi bynajmniej o akt oskarżenia psychoanalizy, o zsyntetyzowanie jej grzechów głównych, które doprawdy dokładniejszej i bardziej uzasadnionej wymagają krytyki.

Ale już na tem miejscu skonstatować należy, że *szkoła psychoanalityczna odeszła od wiedzy współczesnej, jej metod i założeń, że nie starała się poddać swych koncepcji, oświetleń i wyników pod krytykę ogólnie obowiązujących norm teorjo poznawczych i że wobec tego w znacznym stopniu ponosi winę trudów, z jakimi łączy się dzisiaj nawiązywanie stosunków pomiędzy nią a wiedzą.*

III. Wyraziliśmy powyżej zdanie, że brak znajomości podstaw psychologji normalnej i patopsychologji u lekarzy zaciążył na dalszym rozwoju myśli psychoanalitycznej w sposób dwojaki. Analogicznie bowiem do tego, jak cementem, łączącym zwolenników psychoanalizy była pewna cecha negatywna, pewien brak: nieznajomość terenu rozpatrywanych zagadnień, ten sam brak stanowił również wspólną charakterystykę i przeciwników koncepcji freudowskich.

Wszędzie prawie odgrywały rolę poza tem i zawodowe motywy walki z nowym kierunkiem. Obok zwykłej rywalizacji o popyt dla reprezentowanej przez siebie metody leczniczej wśród publiczności, zjawiła się zazdrość w stosunku do wielkiej rzekomo łatwości zarobkowania psychoanalityków. Psychoanaliza otworzyła nowe źródła dochodu dla neurologa i psychjatry, upośledzonych do niedawna brakiem jakichkolwiek, związanych ze specjalnością stalszych zabiegów; co więcej — przedstawiciele metody tej twierdzili za Freudem, że „zabieg" analityczny o tyle tylko bywa skuteczny, o ile jest dobrze płatny.

Abstrahując chwilowo od meritum sprawy, uzależniania w ten sposób przez psychoanalityków skuteczności terapeutycznej nowej metody od zjawisk historyczno-ustrojowych: — płatności pomocy lekarskiej, — dojrzymy bez trudu, że stanowisko powyższe stwarzać mogło u nieżyczliwych, a mniej świadomych rzeczy jednostek pogląd, traktujący psychoanalizę w całości jedynie jako dobrze opłacający się interes.

Podkreślając całą nonsensowość podobnego stanowiska, trudno jednocześnie zaprzeczyć, że walka zapatrywań, zwykle płodna w zdobywanie nowych wartości praktycznych w medycynie, w tych warunkach stawała się zupełnie bezprzedmiotową.

Tembardziej, że po dziś dzień nawet *wśród specjalistów — neurologów i psychjatrów istnieje większość, która nietylko stroni od poznania podstawowych prac kierunku psychoanalitycznego,* ale, omijając z nieufnością nawet zestawienia popularyzatorskie, pojęcia swe o freudyźmie czerpie jedynie z feljetonu dziennikarskiego lub ploteczek salonowych.

IV. Wreszcie przyznać to trzeba otwarcie — zawiniła również i wiedza oficjalna.

Wiedza ta w osobach znacznej większości swych przedstawicieli odrzuciła koncepcje freudyzmu. Ale jednocześnie zamknęła oczy na materjał faktyczny, z jakim zwolennicy kierunku wystąpili na forum naukowe. Istniały przecież pewne konstatacje naukowe objektywne, że wymienię tu tylko; afektywno-zespołowy charakter zarówno swobodnego (fantazjującego wg. Varendoncka) myślenia, jak i marzeń sennych, seksualne fantazje hypnotyzowanych osobników histerycznych, seksualizm dziecięcy, a wreszcie pewne tryumfy lecznicze, które zasługiwały na wzięcie pod uwagę i dokładniejszą analizę.

Pod tym względem słuszność mają freudyści, że współczesna powstaniu psychoanalizy *wiedza oficjalna zagadnień tych nie tylko pogłębiać nie chciała, ale, nie umiejąc do nich podejść, wręcz je ignorowała.* Trzeba było dopiero, aby na miejsce psychologji analitycznej (klasycznej) i fizjologicznej przyszedł „behavioryzm“, biopsychologja objektywna (refleksologiczna) i charakterologja; aby na zmianę psychjatrji symptomatycznej, zjawiła się patopsychologja fenomenologiczna, aby obok anatomji patologicznej ośrodkowego układu nerwowego powstała fizjopatologja układów autonomicznych, trzeba było, jednem słowem, ostatniego dwudziestolecia i ewolucji, jaką w tym czasie przebyły sąsiednie dyscypliny naukowe, aby wiedza oficjalna nauczyła się podchodzić do zagadnień, poruszanych przez Freuda i jego następców i, co ważniejsza, przestała je lekceważyć.

V. Na tle powyższych ustosunkowań możliwe jest dopiero zorjentowanie sią w wartości koncepcji freudowskich dla psychjatrji. Niezbędnem jednak wydaje się jeszcze jedno zastrzeżenie: *rozlewności, wieloznaczności, a co za tem idzie, nieuchwytności niemal poglądów szkoły psychoanalitycznej.*

Szkoła ta w chwili dzisiejszej posiada już właściwie trzy, względnie nawet cztery zróżnicowane kierunki zasadnicze (freudyzm ortodoksyjny, kierunek psychagogiczno-rewizjonistyczny (Stekel), genetyczno-zespołowy l. psychoidowy (Jung, Bleuler) i konstytucyjno-indiwidualny (Adler), najogólniej rzecz ujmując).

Ale nawet w obrębie dawniejszego niezróżniczkowanego freudyzmu, wzgloędnie pśród prac ortodoksyjnych doby obecnej, znajdziemy takie *mnóstwo sprzecznych ze sobą określeń* (nawet w stosunku do najbardziej zasadniczych w psychoanalizie pojęć jak np. pociąg, seksualizm, rozkosz, zasada rzeczywistości) i *biegunowo różnych na te same sprawy poglądów* (np. na stosunek zmian anatomicznych do zaburzeń psychicznych, na odwracalność procesu dezintegracji jaźni, na sprawę niezwiązanej energji psychicznej i t. p. i t. p.), że wyłuskanie syntetycznej koncepcji okazuje się często niemożliwością. Chwilami przy konfrontacji różnych prac psychoanalitycznych wydawać się poczyna, że te rozmaite zapatrywania, te niepodobne do siebie indywidualności umysłowe autorów, łączy przedewszystkiem, jeżeli nie wyłącznie, wspólne mianownictwo, ów swoisty żargon psychoanalityczny, który tyle krwi napsuł przedstawicielom „oficjalnej“ wiedzy.

Tak naturalnie nie jest. Stwierdzić jednakowoż trzeba, że *freudyzm, szczególnie w dziedzinie koncepcji psychjatrycznej, wciąż jeszcze znajduje się in statu nascendi* i że wspólność zdań tyczy się często bardziej formy, niż treści.

Dlatego też przy rozpatrywaniu poszczególnych kwestji coraz to wpływają owe różnice, nie zwracając się naturalnie przeciwko freudyzmowi w całości, ale świadcząc, jak daleki jest on od konkretnego, uznanego chociażby przez większość swych własnych zwolenników, ujmowania podstawowych zagadnień teorji i praktyki lekarskiej.

VI. Freudyzm, wyprowadzający się, jak to już było zaznaczone, z koncepcji psychologicznych i patopsychologicznych, uderzył w psychjatrję nowoczesną w jej najgłębszych podstawach. Uznając słuszność koncepcji psychoanalitycznych, rewizji poddać należałoby wszystko, co się tej gałęzi medycyny tyczy, od metodologji począwszy, a skończywszy na klasyfikacji, symptomatologji terapji. I jeżeli do takiego przewartościowania wszystkich wartości nie doszło, powód tego leży z jednej strony w owych, podkreślonych powyżej, bezwyjściowych błędach merytorycznych i teorjopoznawczych freudyzmu, pozbawionego w ten sposób możności konsekwentnego rozwoju i ogarniania zjawisk objektywnych, z drugiej strony tłomaczy się również stosunkowo krótkim czasem, od jakiego zwolennicy psychoanalizy zainteresowali się czystą psychjatrją. Wobec takiego prowizorycznego stanu rzeczy tembardziej trudno jest, a bodaj że i niewolno wydawać oceny o zasługach wzgl. winach freudyzmu w psychjatrji.

Przeciwnie: zdać sobie trzeba sprawę, że, o ile freudyzm w dziedzinie n. p. klasyfikacji lub semiotyki okazać się mógł dotychczas całkowicie bezpłodnym, nie może to umniejszać jego ewentualnych zasług czy to, przypuśćmy, w metodologji psychjatrji, czy, tembardziej, terapji, która przecież i w stosunku do innych kierunków posiada często niezaprzeczone wartości praktyczne mimo błędność uzasadniających ją teorji.

Co przyniósł więc freudyzm każdej z tych dziedzin zosobna? zapytać musimy wprzód, nim wolno nam będzie określić, czy i ile współczesna nauka psychjatryczna ma mu do zawdzięczenia.

VII. Przedewszystkiem więc co się tyczy *metodologji psychjatrycznej, freudyzm wniósł tutaj punkt widzenia genetyczny.*

Jest to zupełnie nowy sposób podchodzenia do zjawisk patologicznych. Decydującem dla poznania zjawisk tego szeregu

staje się w myśl koncepcji psychoanalitycznej ich historja, a bynajmiej nie objektywny, statyczny i wymierny stan rzeczy, który się w pewnej chwili lekarzowi ukazuje. Nie jest to już więc patogeneza, jako dyscyplina pomocnicza; wszelka bowiem dotychczasowa patogeneza zaburzeń cielesnych, względnie nawet duchowych miała za zadanie przyrodnicze uogólnienie związków przyczynowych wśród pewnych zjawisk w drodze ich fizjologicznej lub fizykalno-chemicznej analizy. Chodziło o wyjaśnienie i wyodrębnienie typowych, najczęstszych mechanizmów w stosunku do jednostek chorobowych, nie indywidualności ludzkich.

Genetyzm psychoanalityczny jest już nie dyscypliną pomocniczą, ale zazadniczą metodą, w myśl której szuka się, przeciwnie, indywidualnego przebiegu zdarzeń w całokształcie, syntezie, pewnej transcedentnej jedności, jaką jest psychiczna osobowość. Dąży się w zasadzie do ujęcia istotnego rozwoju zjawisk danego, konkretnego bytu, a nie możliwego, ulogizowanego mechanizmu, któryby rozwój ten tłomaczył.

W tym sensie psychoanalityczny punkt widzenia nawiązuje istotnie, jak to specjalnie podkreśla Schilder, do kierunku fenomenologicznego, idzie jednak o wiele dalej. Psychogenetyczny sposób ujmowania sprawy odpowiada w wielkim stopniu temu co przez Rickerta zostało określone jako historyczno—kulturalny kierunek poznania i przeciwstawione kierunkowi przyrodniczemu.

Rzecz dziwna, że ten *historyzm* nie został dotychczas dostrzeżony i zwolennicy nawet najdalej idącego psychogenetyzmu z posród psychoanalityków uważają się za przedstawicieli biologizmu pur sang.

Prawda! Już od samego początku *szkoła Freuda ograniczyła istotę genetycznej koncepcji przez stwierdzenie, że ilość możliwych kierunków rozwoju osobowości jest ściśle określona, a wszelkie wypadki, mogące spotkać osobowość psychiczną na jej drodze ontogenetycznej prowadzą również do określonych konfliktów, zawsze tych samych,* zawrzeć się dających, a nawet już jakoby zawartych w gotowej klasyfikacji.

Prawda! cały szereg psychoanalityków umniejszał znaczenie tej metody, czy to mimowoli grzesząc przeciw niej sztukowaniem danych psychoanalitycznych „oczywistymi" mechanicznymi uogólnieniami, czy zupełnie świadomie usuwając ją z pewnych dziedzin. Do tych ostatnich należy np. Schilder, który w stosunku do „instynktów jaźniowych" (Ichtriebe) przeciwstawia dawniejszej

koncepcji genetycznej (Ferenczi, Reich) swe psychofizjologiczne wyjaśnienie powstawania tych instynków i w ten sposób osłabia wagę poszukiwań indiwidualno—genetycznych.

Ale ten czy inny stosunek freudystów do psychogenetycznego sposobu ujmowania zjawisk psychopatologicznych nie może zaważyć na bezspornym fakcie wprowadzenia przez szkołę psychoanalityczną nowej zdobyczy metodologicznej do rozpatrywanych tu dziedzin.

Czy historyczny kierunek poznania, tak zdawałoby się obcy naukom lekarskim, może okazać się płodnym dla dalszego ich rozwoju? — to już zgoła inne pytanie.

Nie rozstrzygając na tem miejscu kwestji powyższej, jako zbyt specjalnej, merytorycznie, trzeba zwrócić uwagę, że, wbrew bardzo rozpowszechnionemu dzisiaj poglądowi, wiedza lekarska nie należy bynajmniej do dyscyplin opisowo-przyrodniczych, ale raczej do normatywnych. Z tego punktu widzenia rezultaty teoretyczne, osiągnięte zarówno drogą metody przyrodniczej, jak i historycznej mogą być do niej bezpośrednio stosowane.

Tembardziej jeżeli chodzi o rodzaj zjawisk, z którymi mamy w psychjatrji do czynienia. Historjopoznawczy punkt widzenia oddawna już zyskał w psychologji prawo obywatelstwa, a zdaniem niektórych teoretyków (Dilthey np.) jest jedynym słusznym podejściem do tego szeregu zjawisk.

Obok historyzmu i poniekąd w związku z nim psychogenetyczny punkt widzenia wnosi do kliniki *czysty psychologizm*. Istotą poznania psychjatrycznego staje się ujęcie zjawisk duchowych jako takich, nie w ich epifenomenach cielesnych, nie w ich skutkach dla wydolności biologiczno—społecznej osobnika, ale w witalistycznej bezpośredniości. Zrozumienie zjawiska odbywa się tu na właściwej mu, psychologicznej, płaszczyźnie i graniczy ze współprzeżywaniem jego istotnych treści. Analiza psychjatryczna polegać więc winna nie na rozbijaniu zjawisk patopsychologicznych na fenomeny teoretycznie prostsze, ale na śledzeniu ich rozwoju, ich bytu w ten sposób, aby przestały być one dla nas obce, niezrozumiałe. Kwestja, czy możliwe jest wogóle tego rodzaju ogarnianie cudzego życia psychicznego i czy wynikają w ten sposób jakiekolwiek wartości objektywne, dyskutowana jest w psychologji czystej od dość dawna. Zagadnienie sprowadza się do istnienia, względnie braku, materjału psychologicznego, któryby na wgłębianie się w cudze treści

duchowe pozwalał, lub też do istnienia swoistego zmysłu, czy instrumentu, służącego do bezpośredniego ujmowania tych treści u bliźnich (Kierunek intuicyjny reprzezentowany np. przez Schelera lub Łosskiego istnienie takiej swoistej zdolności u każdego człowieka zakłada, widząc w niej podstawę do porozumienia się z bliźnim, zrozumienia go i współdziałania.)

Szkoła psychoanalityczna zagadnieniami tymi właściwie się nie zajmowała, praktycznie jednak rozwiązywała je w ten sposób, że wskazywała na materjał psychologiczny, który pozwala zajrzeć w głąb cudzej psychiki. Materjałem tym, według nowszej koncepcji freudyzmu, są właściwie wszelkie przejawy psychizmu, w pierwszym rzędzie treść logiczna wypowiadanych zdań, jednakże dopiero odpowiednio zinterpretowana. Według dawniejszych poglądów psychoanalityków jedynie, a według nowszych, szczególnie, do takiej interpretacji nadawałyby się zdania, wypowiadane w specjalnych warunkach, a mianowicie: odpowiedzi na zapytania i samoistne wypowiadanie się w hypnozie (Katharsis-metoda dzisiaj praktycznie całkowicie przez freudystów zarzucona), swobodne kojarzenia naglos, o ile możliwe, ze świadomym wyłączeniem krytyki logicznej i moralnej, bliskie, wzlędnie może nawet identyczne z kojarzeniem swobodnym „myślenie fantazjujące" (Varendonck), wreszcie dokładne i również bezkrytyczne streszczenie marzeń sennych, a u osobników psychicznie chorych halucynacji i następujących po sobie przeżyć na jawie.

Jak było zaznaczone powyżej, cały ten materjał faktyczny daje wgląd w istotę przeżyć psychicznych dopiero poprzez odpowiednie zinterpretowanie. I tu natrafiamy na nową właściwość charakterystyczną metodyki psychoanalistycznej: *interpretatorstwo. Każdy przejaw psychiczny obok swego znaczenia jawnego, zwykłego, w określony sposób wykładającego się w świadomości, może posiadać znaczenie utajone, być symbolem przeżycia o zupełnie innej logicznie treści.*

Tak np. wyobrażenie zegarka symbolizuje kobiecy narząd płciowy, osłupienie katatoniczne ma być odpowiednikiem przeżycia końca świata; niechęć przyjmowania pokarmów jest wynikiem rozkoszy kanibalistycznej (wypartej); oszczędność odpowiednikiem rozkoszy anorektalnej, urojenie prześladowcze odpowiadać ma homoseksualnemu pociągowi płciowemu, ba, nawet cielesne objawy jak np. obrzęki katatoników są symbolami erektylności prącia (Tausk), a organiczny zespół chromania przestankowego może

się okazać wyrazem niechęci chodzenia gdzieindziej, niż do kochanki (Deutsch).

Widzimy tutaj zasadniczy grzech freudyzmu w stosunku do kierunku fenomenologicznego. Jeżeli bowiem jakieś zjawisko raz posiadać może tylko swą zwykłą treść, drugi raz zaś mieć jeszcze jakowąś treść utajoną, to zjawisko przestaje być tą ostatnią najbezpośredniejszą instancją bytu. Ginie w ten sposób też i sens właściwy fenomenologizmu: pojmowanie poprzez bezpośrednie ujmowanie. I jeżeli świadomi tego grzechu teoretycy psychoanalizy (Schilder), uznają go jednak za nieunikniony, winni odpowiedzieć na pytanie zasadnicze: czy i dlaczego owe kryjące się za danemi, symbolicznemi, zjawiskami, treści utajone mają być cenne, względnie ważniejsze od treści jawnych?

Teorja psychoanalityczna na to pytanie odpowiada tylko pośrednio, że treści utajone są bardziej istotne, bliższe prawdziwego przebiegu życia psychicznego jaźni, co znowu jest zasadniczo antyfenomenologicznym ujęciem sprawy. Z koncepcji Freuda o nieświadomem wynika jednak okoliczność metodologicznie ważniejsza, a mianowicie, że treści utajone znajdują się w pewnym prostszym wzajemnym związku, zarówno przyczynowym, jak logicznym, a więc powodów i następstw, motywów i celów. *„Nieświadome" Freuda jest światem par excellence racjonalistycznym, w którym siły psychiczne: instynkty, pociągi czy afekty zespołów, działają tak, jak by postępował rozsądny, logiczny, świadomy swych celów i dróg, człowiek.*

I dlatego właśnie w praktyce psychoanalitycznej ważniejsze są owe treści utajone: względnie łatwo bowiem jest się zorjentować w łączących je logicznie związkach, odbudować więc pewną całość, odpowiadającą historji psychicznej danego osobnika.

Abstrahując w tej chwili od zagadnienia merytorycznego, czy istotnie psychizmom naszym, szczególnie nieświadomym, mogą być narzucone antropomorficzne, racjonalistyczne cechy, nasuwa się wątpliwość co do właściwej techniki interpretacji, sposobu odcyfrowywania symbolów.

Sprawa ta łączy się naturalnie z koncepcjami, wyjaśniającymi powstawanie symbolów. Gdyby Freudyzm był przyjął, że symbole tworzą się w życiu osobniczym w związku z przypadkowym przebiegiem przeżyć, lub też powstają na zasadzie kojarzeń w czasie, przestrzeni lub z „sąsiedztwa", jak to np. uznaje szkoła Bechtieriewa, mielibyśmy wówczas tych indywidualnych interpretacji

niesłychane mnóstwo. W każdym sporadycznym przypadku trzebaby było odnajdywać daną, osobniczą symbolikę, aby dopiero przy jej pomocy móc przeniknąć w głąb danego życia psychicznego.

Freudyści przyjęli (i trudno się zgodzić, aby pewnik ten był poparty dostatecznym materjałem obserwacyjnym), że *najważniejsze i najczęściej spotykane symbole są stałe, mniej więcej dla wszystkich ludzi wspólne.* Interpretatorstwo psychoanalityczne jest więc w znacznym stopniu *dogmatycznym.* A dogmatyzm ten idzie aż tak daleko, że stwarza całą *naukę o* „znaczeniach" (Deutungen), której celem jest ustalenie i rozklasyfikowanie symbolów, szczególnie w odniesieniu do marzeń sennych, bredzeń i omamów.

Dochodzimy tutaj do istoty psychoanalizy w węższym słowa tego znaczeniu.

Ponieważ głównym materjałem poszukiwań psychjatrycznych są treści jawne, świadome, przeżyć psychicznych, będąc przeróbką treści utajonych, bez odnalezienia których niemożliwe jest odtworzenie następstw i związków istotnego przebiegu życia duchowego jednostki, — przeto zadaniem najważniejszym staje się logiczna przeróbka treści jawnych z powrotem na utajone. Ta praca, te poszukiwania właśnie zostały przez Freuda nazwane psychoanalizą.

Nazwa powyższa, ogólnie już zresztą przyjęta, pod względem metodologicznym wprowadza w błąd.

Psychoanaliza nie jest właściwie czynnością analityczną: nie wyodrębnia dna elementów prostszych z pewnej całości złożonej. Nie ma ona również nic wspólnego z t. zw. analizą fizjologiczną wzgl. patogenetyczną, gdy odtwarzamy przebieg zjawisk na zasadzie dostatecznego szeregu danych, pozwalających się jakościowo i ilościowo porównać. Gdyby bowiem ktoś w podobny sposób zechciał odtworzyć np. przebieg partji bilardu na zasadzie ostatecznego ułożenia kul, musielibyśmy uznać podobne zamierzenie nawet przy najlepszej znajomości dynamiki za niewykonalne. Ilość danych jest tu niewystarczająca.

Jeżeli więc psychoanaliza miałaby być czynnością analogiczną, musielibyśmy wykazać, dlaczego jednak do pewnych, dokładnych nawet, jakoby, wyników dojść ona może.

Czy więc w wypadku odtwarzania istotnego przebiegu zjawisk psychicznych na zasadzie ostatecznych treści świadomych mamy tych danych więcej?

Czy znamy odpowiednią dynamikę lepiej?

Aby na powyższe pytania odpowiedzieć, trzeba zorjentować się w koncepcjach, tyczących się przeróbki psychicznych treści nieświadomych na świadome według freudyzmu — w tem, jednem słowem, co stanowi psychodynamikę freudowską.

Otóż, — szkoła psychoanalityczna przypuszcza istnienie całego szeregu hypotetycznych mechanizmów, które (mimowoli, czy celowo-mniejsza) biorą udział w przetwarzaniu istotnych treści psychicznych na świadome. Do takich zniekształcających przebieg istotny spraw psychicznych mechanizmów należy: cenzura, wyparcie, konwersja, przeniesienie, zagęszczanie, projekcja, wreszcie determinowanie symboliczne sensu stricto. Jak dalece powyższe mechanizmy są nieokreślone i hypotetyczne, dowodem może być przedewszystkiem całkowite nieustalenie ich wzajemnego stosunku czy też hierarchji; według jednego poglądu zasadniczym mechanizmem ma być cenzura, z której dopiero wypływają wszystkie inne; według innych autorów źródlem mechanizmów jest Ja-idealne, a cenzura jednym tylko ze zwykłych mechanizmów.

Większa jeszcze rozbieżność zdań panuje co do istoty tych zjawisk: według jednych prac i autorów wynikałoby więc, że są to stałe intergralne części, jak gdyby narządy lub cechy wszelkiej psychiki ludzkiej, przynoszone już więc przez nią na świat (Rank, Ferenczi, poniekąd Stekel); inni zdają się widzieć w nich chwilowe i ad hoc, wskutek braku równowagi dynamiczno-afektywnej, zjawiające się wytwory (Bleuler, Schilder.)

Zupełnie wreszcie nie jest wyjaśnione, skąd czerpią energję owe mechanizmy, czy i na co ją tracą, i jakiego jest ona rodzaju.

Jeżeli bowiem szkoła zurychska, a za nią właściwie cały freudyzm przyjął, że siły psychiczne wnoszone są do Nieświadomego przez zespoły w postaci ich energji afektywnej, to trudno stąd wywnioskować czy tyczy się to również tych instancji pośrednich pomiędzy nieświadomem i świadomością, w których właśnie tworzyć się mają mechanizmy zniekształcające (Freud). Gdyby tak było, mielibyśmy do czynienia ze zjawiskiem następującym: zespoły afektywne, dążące do przejawienia się, byłyby wypierane wzgl. przekształcane przy pomocy swej własnej energji, a z tej neutralizującej się walki sił wynikałaby jeszcze nowa siła, „nieodreagowana", jak nazywają to psychoanalitycy, względnie nadająca się do sublimacji.

Jawność powyższego absurdu energetycznego rzuca się w oczy niezależnie od tego, z jaką to energją mielibyśmy do czynienia.

Bo i w tym punkcie koncepcje freudyzmu nie wyszły poza analogje i hypotezy; jeżeli np. Freud wcześniejszej epoki, Breuer, a poniekąd i Bleuler, energję tę indentyfikują z energją fizjologiczną — prądem nerwowym, Jung i większość szkoły zurychskiej z energją czysto psychiczną, wreszcie Schilder, a bodaj i Freud ostatniej epoki widzą w niej swoistą energję psychorodną wyższego stopnia, wypływającą z wzajemnych ustosunkowań rozmaitych ideałów jaźniowych, to ta skala poglądów na podstawową, zdawałoby się sprawę, jest negatywnym miernikiem objektywności, ścisłości t. zw. psychomechaniki freudowskiej.

Zacytujemy wreszcie verba magistri, które brzmią, jak następuje: „Mechanizm tych procesów jest mi całkowicie nieznany, kto pragnąłby ustosunkować się istotnie do powyższych pojęć (instancji cenzury, oporów itd), winien uciec się do analogji fizykalnych i postarać się wyobrazić sobie poglądowo zjawisko pobudzenia neuronów". (Freud-Traumdeutung). Wystarczy.

Jeżeli więc nie jesteśmy w stanie odtworzyć partji bilardu na zasadzie ostatecznego (jawnego) ułożenia bil mimo znajomość praw dynamiki ciał stałych, to, tembardziej *nie możemy odtworzyć przebiegu zjawisk psychicznych na zasadzie ich ostatecznej, jawnej fizjonomji wobec braku wszelkiej ścisłej psychodynamiki w tym zakresie.* Z tego więc punktu widzenia *psychoanaliza* jest jeszcze nie do pomyślenia i nie do urzeczywistnienia. Jeżeli mimo to psychoanaliza jest możliwa, to dlatego, że *fikcyjnie tylko opiera się ona na psychomechanice.*

W istocie swej *czynność psychoanalityczna sprowadza się do dowolnego, poniekąd nawet apriorycznego, interpretowania obserwowanych zjawisk, z tem jedynie, że między ogniwami interpretacji winien zachodzić pewien logiczny, zgodny z teoretycznemi koncepcjami psychodynamicznemi, związek.* Ten związek logiczny zaś jest tem łatwiej otrzymać, że zachodzić on musi nie pomiędzy faktami, zjawiskami, ale ich znaczeniami, nominami.

Psychoanaliza nie jest więc metodą indukcji, nie jest w istocie swej redukcją nawet, przy której aprioryczne wnioski potwierdzane są następnie przez fakty, ale jeszcze *nominalistyczną interpretacją,* czemś, co metodologicznie panowało niemal wszechwładnie w nauce średniowiecznej, ale co wraz z epigonami racjonalizmu filozoficznego wobec naradzającego się krytycyzmu znikło, zdawałoby się, bezpowrotnie. Ktokolwiek czytał traktaty scholastyczne, wie,

z jak doskonałą konsekwencją logiczną dowodzone są w nich prawdy, dla nas zgoła dowolne i sprzeczne z tem pojęciem o świecie, jakie wytworzyliśmy sobie na zasadzie eksperymentu i krytycyzmu.

Logiczność psychoanalizy tedy nie dowodzi jej fenomenologicznej prawdziwości.

Jeżeliśmy jednak powyżej mówili o dowolności interpretacji psychoanalitycznej, zaznaczyć trzeba, że dowolność ta jest poważnie ograniczona. Przedewszystkiem przez dogmatyzm znaczeń (Deutungen) i możliwych mechanizmów; nic dziwnego: nominalizm interpretacyjny istnieć może jedynie w symbiozie z dogmatyzmem i pod grozą swej dyskwalifikacji dogmatyzm ten stwarzać; inaczej, bardzo szybko okazałoby się, do jakich absurdów w dowolności swej doprowadzić może.*)

Praktycznie ograniczona jest również dowolność interpretacyjna przez dalsze obserwacje chorego, które mogą dostarczyć materjału tak jawnie sprzecznego z pierwotną interpretacją, że uledz ona musi zmianie.

Wreszcie dowolność ta ograniczona jest pozapsychoanalityczną wiedzą lekarską danego badacza i, co ważniejsza, intuicją.

Cóż bowiem jest jedynym sprawdzianem słuszności, prawdziwości jakiejkolwiek danej interpretacji psychoanalitycznej? Nie jest nim i nie może być nim, jak widzieliśmy, logiczność koncepcji, bo tę in nuce zawiera ona w chwili powstania; nie może być uważany zań efekt terapeutyczny, bo nie stoi on przecież zwykle w żadnej zależności (szczególnie w dziedzinie chorób psychicznych) od teoretycznego uzasadnienia sposobu leczenia; nie jest nim również poczucie słuszności danej koncepcji u chorego, jeżeli freudyzm w braku tego poczucia widzi przejaw chorobowych oporów, zaś w zgodzie chorego na interpretację psychoanalityczną dopatruje się często również patologicznej obrony zespołów przed głębszą, wnikliwszą analizą (Freud, Ranck). Jedynym miernikiem, regulatorem i sprawdzianem staje się intuicja lekarza, czynnik, zresztą, w sztuce lekarskiej, pierwszorzędnej wagi, ale stawiający metodę freudystyczną w rzędzie najbardziej subjektywnych metod djagnostycznych i terapeutycznych. Zupełnem nieporozumieniem jest więc uznawanie w psychoanalizie nowego etapu myśli psychjatrycznej w sensie

*) Dowodem służyć mogą pisma fantastów freudowskich, chociażby np.: Groddecka, zwalczanego przez większość freudystów zupełnie niesłusznie, gdyż winę za treść swych prac ponosi nie on, nie wykraczając nigdzie poza metodologję psychoanalityczną.

jej większego zobjektyzowania się (Kostyleff, Ladame) i obywania się bez pomocy introspekcji. Przeciwnie, tam gdzie intuicja nie dopisuje, psychoanalityk posługiwać się zaczyna introspekcją, o tyle niedoskonałą jeszcze, że mimowolną. I to jest bodaj główny zarzut licznych rewizjonistów freudyzmu, przedewszystkiem tych, którzy rozczarowali się do niego po latach praktycznego stosowania psychoanalizy.

„Wyjaśnienia psychoanalityczne wynikają z istoty zespołów psychicznych nie analizowanych, ale analizujących" — stwierdza jeden z poważniejszych do niedawna jeszcze filarów freudyzmu w Ameryce (Tannenbaum).

Gdzież więc szukać należy tytułów do chwały freudyzmu, jako metody ścisłej, przyrodniczej, biologicznej, które to cechy swoiste podkreślane są na każdym kroku przez zwolenników kierunku? Pod tym względem powołują się oni na zasługi Freuda i jego współpracowników w konsekwentnym stosowaniu w badaniach zjawisk duchowych zasady następczości przyczynowej i celowości, względnie ekonomiki biologicznej, inaczej mówiąc: determinizmu i finalizmu.

Zacznijmy od pierwszego.

Istotnie — twórcy kierunku psychoanalitycznego wzięli sobie zupełnie świadomie za zadanie zastosowanie determinizmu i to w tej postaci, w jakiej panował on w ostatnich latach zeszłego stulecia w naukach biologicznych, do psychjatrji i neuropsychjatrji. Dzisiaj wiemy, że ówczesny kierunek wiedzy przyrodniczej, rozkładającej zjawiska życiowe na determinujące się szeregi „prostszych" fenomenów fizyczno-chemicznych, zawiódł poniekąd nadzieje i coraz natarczywiej wprowadzana jest obecnie do nauki o przyrodzie organicznej korektywa witalistyczna, a nawet psychologiczna (Driesch, Bergson). Tembardziej zawieść musiał determinizm fizyko-chemiczny w odniesieniu do zjawisk psychologicznych i patopsychologicznych; nie wystarczała przecież sama tylko chęć zaklasyfikowania ich jako podgrupy fizjologicznej, trzeba było znaleść wspólne podstawy, prawidła, metodykę. Ale, jeżeli jeszcze w pierwszym okresie rozwoju freudyzmu próbowano wyprowadzać złożone zjawiska psychiczne z takiego lub innego działania energji nerwowej, mającej z koleji być znów jedną z odmian energji fizycznej, to dzisiaj dziedzina ta leży całkowicie odłogiem i nikt z psychoanalityków nie próbuje nawet nawiązywać do odnośnych nowszych koncepcji o stanach czynnościowych elementów nerwowych (Bethe, Semon, Winogradow, Sherrington).

Kilka ogólników i hypotez zupełnie nie uzasadnionych doświadczalnie, a sprzecznych z wymienionymi powyżej, współczesnymi, koncepcjami, legło coprawda jako kamień węgielny całej psychodynamiki freudowskiej, nie rozwinięte jednak zostało w samoistny, praktycznie dający się zastosować, system materjalizmu lub energetyzmu psychologicznego.

Obecnie już tylko uśmiech budzić mogą całkowicie aprioryczne zdania Freuda, jak np. że „energja pobudzenia psychicznego dyfunduje (przez jakie błony? na zasadzie jakiego prawa? — przyp. aut.) od układu zmysłów do układów ruchowych poprzez układy kojarzeniowe, przedewszystkiem zaś układy engramowe, których jest kilka" lub też że „działalność pierwotnego aparatu psychicznego reguluje się dążnością do unikania pobudzeń", lub wreszcie dowodzenia Shildera, że nowe nastawienia (w poszukiwaniu) rozkoszy powstawać mogą wskutek zaatakowania układów psychicznych przez jady.

Jeżeli ćwierć wieku temu można było ostatecznie w tych i innych, podobnych ogólnikach — metaforach widzieć wytyczne dla rodzącej się dopiero myśli psychoanalitycznej, to dzisiaj od dojrzałej już, jakoby, koncepcji trudno jest nie wymagać bardziej ścisłych kryterjów uzasadniających.

Wyrazem determinizmu przyrodniczego wieku XIX-go, a jednocześnie jego rdzeniem były dwie zasady: zachowanie materji i energji. Freudyzm próbował zarówno aplikować te zasady bezpośrednio w sferze psychicznej, jak i stwarzać dla nich odpowiedniki, jednakże koniec końców zagubił się w sprzecznościach.

Przedewszystkiem, co się tyczy samego pojęcia energji psychicznej, jest ono prawie wciąż traktowane jako atrybut. W naukach przyrodniczych można sobie ostatecznie wyobrazić, że energja jest atrybutem materji, która istnieć może (jako zjawisko) i bez niej. Czem są jednak zjawiska psychiczne pozbawione atrybutu energji? Istnienie takich zjawisk wynika jednak niezbicie z pierwszych prac Freuda, i bodaj, że owe układy engramowe, o których mówiliśmy powyżej, owe mnemy wrodzone lub bierne, odpowiadają pojęciu psychizmów bez energji. Nie dość na tem! Energja psychiczna jest według freudyzmu przesuwalna; nie jako zjawisko, ale właśnie jako cecha może się ona przenosić z jednej treści psychicznej na drugą: z zespołu na zespół, z objektu życzenia na objekt; z tego rodzaju wyrażeniami spotykamy się u psychoanalityków na każdym kroku. Czy przez to odpowiednie zjawisko zostaje zmienione raz

na zawsze? Nie; nadmiar, czy brak energji może być z powrotem wyrównany i wtedy zjawisko uzyskuje swą uprzednią postać. Freudyzm odnajduje więc w świecie psychicznym: analogiczną niejako do materji — treść zjawiska duchowego i analogiczną do energji fizycznej — jego swoistą energję psychiczną.

O ile błędność pierwszej z tych analogji jest tak jaskrawa, że zbyteczną czyni wszelką próbę krytyki, o tyle pojęcie energji psychicznej, to związanej, to wolnej i przesuwającej się, zasługuje na szczegółowsze omówienie. Wbrew bowiem zasadzie zachowania energji, ten jej rodzaj, jak to wynika z koncepcji psychoanalityków, stale wzrasta we wszechświecie. Jest ona nie tylko przynoszona przez rodzące się nowe istoty ludzkie (wzgl. i zwierzęce), ale i powiększana ze źródeł energji fizycznej, działającej w charakterze pobudzeń (Jung, Ferenczi). Natomiast powrotnego, samoistego przeistaczania się energji psychicznej w fizyczną freudyzm nie zna. Tak zwane objawy „konwersji cielesnej“, do których zaliczane są napady histeryczne, tici, drżenia i t. p. jakkolwiek będące wyrazem, skutkiem, energetyki czynników psychicznych, nie wyczerpują jej, nie przenoszą więc łańcucha przyczynowego ze świata duchowego w świat zjawisk fizycznych; poniekąd wbrew poglądom szkoły Charcot'a, wbrew intencjom Breuera, uważane one być muszą, zgodnie z ortodoksyjnym freudyzmem, za pewnego rodzaju epifenomeny, które bodaj nawet stać się mogą wtórnie źródłami nowych łańcuchów przyczynowych w świecie psychicznym.

A że raz powstałe zjawisko warunkuje już całą przyszłość osobistości psychicznej, że wpływ jego kończy się właściwie dopiero wraz ze śmiercią jednostki, najbogatszem w treść i najintensywniejszem dynamicznie winno być życie duchowe starców. Tutaj przybywa na pomoc koncepcji freudowskiej uznanie przez nią interwencji momentów anatomo-patologicznych. Zwyrodnienie anatomiczne, zniszczenie przestrzennego, materjalnego substratu, „siedliska ducha“ jest w stanie zniweczyć nagromadzone treści i energje psychiczne.

Co się wówczas z tymi energjami dzieje — niewiadomo. Według nowszych poglądów Junga pewne konflikty duchowe mogą pozatem u niektórych osobników (na gruncie dyspozycji wrodzonej) doprowadzić do takich zaburzeń psychicznych, które w wyniku dadzą organiczne procesy rozpadowe w mózgowiu, a co za tem idzie, istotne zubożenie duchowe. Najczęściej ma to miejsce w otępieniu wczesnym. Abstrahując w tej chwili od herezji

w stosunku do paralelizmu psychofizycznego, jaką zawierają powyższe poglądy, stwierdzić trzeba, że nie są one przytem ani ogólnie przyjęte przez psychoanalityków, ani też nie wyjaśniają stwierdzanego klinicznie zubożenia psychicznego w innych psychozach i nawet innych postaciach otępienia.

Dla wyjaśnienia tych zjawisk freudyzm wypowiada myśl, że zubożenie takie może być fikcyjne, wskutek innego, niż zwykle, czasem nawet antybiologicznego, kierunku energji psychicznych.

Dodajmy do tego zagmatwanego systemu owo odseparowywanie się energji psychicznych od jednych treści duchowych i przyczepianie się do innych, zjawisko, warunkowane zwykle nie przyczyną, ale celem: dodajmy hipotetyczną zdolność „namacywania" przez tajne treści psychiczne swych ewentualnych następstw i przybieranie, zależnie od tego, takiej lub innej postaci jawnej (Freud), a otrzymamy w ogólnych zarysach obraz „determinizmu" freudowskiego.

Zdawałoby się, że tak zawikłanej, niekonsekwentnej i niewypracowanej koncepcji nie da się jeszcze stosować w odniesieniu do zagadnień praktycznych. Przecież, o ile prostszy kierunek psychologji fizjologicznej, ustanawiając na podobnych podstawach zasadę determinizmu psychologicznego wyrzekł się stosowania jej w zagadnieniach indywidualnych, uważając, że rozwój psychologji, jako nauki ścisłej stoi jeszcze zbyt nisko (Wundt), że ilość danych o charakterze przyrodniczym jest zbyt mała, aby stosowanie praktyczne tej zasady było możliwe.

Tę trudność freudyzm omija przy pomocy swego interpretatorstwa psychoanalitycznego. Przypomnijmy na tym miejscu pierwsze, podstawowe, stronnice „Psychopatologji życia codziennego". Dla wyjaśnienia jakiegoś zjawiska z własnych przeżyć, które wydaje mu się patologicznem, Freud wyławia apriorycznie szereg dowolnych poprzedzających faktów, odpowiednio je interpretuje i pomiędzy interpretacjami doszukuje się możliwych związków przyczynowych. W taki sposób uwarunkowany łańcuch zjawiskowy staje się znów dowodem i podstawą do przyjęcia słuszności teorji interpretacji i determinizmu.

Cała ta praca nad zdeterminowaniem zjawisk patologji życia codziennego nie jest niczem innem jak spekulatywnym wyszukiwaniem takiego (jednego z wielu) wyjaśnienia związków pomiędzy zjawiskami psychicznymi, które byłoby możliwem, gdyby słuszne były teoretyczne przesłanki psychodynamiki freudowskiej.

„Nie widać, co w tych koncepcjach jest zwykłą empiryczną obserwacją, co prawidłem wytycznym i czem jest w każdym sporadycznym przypadku to prawo, od którego zależą przemiany psychiczne", powiada jeden z najlepszych znawców freudyzmu — Kronfeld; ten zarzut szczególnie odnieść się daje do koncepcji deterministycznych.

Ale i z formalnego punktu widzenia te nieskończone i nie wygasające łańcuchy przyczynowe, jakimi poszadkowała życie duchowe teorja psychoanalityczna, nie wytrzymują krytyki; a szczególnie są one w jaskrawej sprzeczności z intencjonizmem i interwencjonizmem, zawartym w istocie wiedzy lekarskiej. Jeżeli bowiem wszystkie zjawiska, całe dzieje naszego życia duchowego są z góry zdeterminowane, niemożliwa jest żadna interwencja zzewnątrz, żadna zmiana kierunku tych wydarzeń w sensie ich uzdrowienia.

Skądże więc bierze się przekonanie, że lekarz — psychoanalityk, jak deus ex machina potrafi nie tylko przejrzyć głąb cudzego życia psychicznego, ale i skierować jego bieg do innego, idealnego koryta; nie tylko objektywnie, sine ira et studio (a więc niejako bez własnych determinant psychicznych?) odtworzyć przez dany, jedyny w swoim rodzaju, zbieg okoliczności spowodowane konflikty, ale, pchnąć właśnie odpowiednią, z rachunku wszystkich nieskończonych determinant wypływającą, ilość energji w kierunku chociażby — sublimacji? W tym miejscu kwestje techniki i terapji zahaczają o najgłębszą sprawę wartości i konkretności metodologicznej.

Słów kilka poświęcić trzeba wreszcie finalizmowi biologicznemu, odgrywającemu zasadniczą rolę w koncepcjach psychoanalitycznych.

Że zasada celowości jest w każdym wypadku praktycznie zaprzeczeniem poszukiwań deterministycznych, zbyteczne dowodzić. Dlatego też kierunek deterministyczno-mechanistyczny w naukach przyrodniczych w ujęciu teleologicznym zjawisk widział jedynie pewną fikcję, pewne ułatwienie pedagogiczne, pozwalające prędzej odnajdywać syntezę. Fikcja ta ujmowała zjawiska, wynikające z istnienia mechanizmów regulacyjnych w organizmach z jednej strony, a ich ciągłego ulepszania się i upowszechniania się pod wpływem czynników ewolucji (w znaczeniu darwinizmu) z drugiej.

Freud poszedł w tym względzie dalej. Przyjmując całkowicie zasady ewolucjonizmu wraz z zasadą rozwoju phylo-ontogenetycznego, założył jeszcze, że sama mechanika psychiczna opiera

się na celowości i ekonomice biologicznej. Zacytowane powyżej zdanie Freuda, że działalność aparatu psychicznego reguluje się dążnością do unikania pobudzeń, stanowi myśl przewodnią, do której sprowadzić się da cały cel istnienia mechanizmów deformujących, cała cenzura z jej celową działalnością niedopuszczania do konfliktów w świadomości.

Ale już tak zasadnicza część koncepji freudowskich, jak nauka o pociągach cząstkowych i ewolucjonizowaniu libido płciowej, jaskrowo przeczy powyższym założeniom. Cały ten cykl rozwoju libido u jednostki nie jest przecież powtórzeniem phylogenezy, nie jest on również celowy biologicznie, gdyż pojedyńcze jego etapy winny uledz wyparciu ze świadomości kosztem pewnej energji, która mogłaby być w inny, bardziej celowy sposób zużyta. Jeżeli wyparcie nie nastąpi, względnie od początku lub z czasem stanie się niezupełne, objawi się to znów w postaci antybiologicznej perwersji, względnie psychozy lub psychonerwicy (zobaczymy dalej, kiedy i dlaczego według Freuda występuje jeden lub drugi obraz patologiczny).

Psychjatrzy-freudyści starają się wykazać, że choroby psychiczne są pewnego rodzaju życiowym kompromisem, że stanowią one wytwór ochronnych, regulacyjnych mechanizmów psychicznych, ratujących zwykle jaźń psychiczną i fizyczną przed jakimś „innem", gorszem złem. W tym sensie miałyby być też one biologicznie celowe. Czyż trzeba przypominać, że prawie wszystkie postacie chorób psychicznych, czy to przez zmniejszenie odporności jednostki na szkodliwości zewnętrzne, czy przez uczynienie jej niezdolną do walki o byt, czy przez skierowanie jej energji w kierunku niecelowym lub sprzecznym z instynktem samozachowawczym, wręcz narażając ją na utratę życia lub samobójstwo, a uniemożliwiając zwykle spłodzenie i wychowanie młodego pokolenia, są niecelowe, nieekonomiczne, a owo pojęcie „gorszego zła" w postaci ciągle „jątrzącego się" konfliktu psychicznego, stanowi naukową fikcję.

Mimo te zastrzeżenia, przyznać trzeba, że freudyzm jest najkonsekwentniejszym wyrazem finalizmu w medycynie.

Sprobójmy obecnie streścić wszystko to, co wynika z rozpatrzenia momentów metodologicznych freudyzmu.

Przedewszystkiem należy stwierdzić rozliczność, rozbieżność a nawet i sprzeczność poszczególnych momentów: ujęcie energetyczne, psychodynamiczne przeczy głęboko genetyzmowi, patologiczny finalizm nie daje się pogodzić z determinizmem itd. Pod tym względem

jednak cała współczesna psychjatrja w podobnym znajduje się położeniu; nie zdołała ona dotychczas wyjść poza rozgardjasz metodologiczny i pokutują w niej obok siebie najróżniejsze, rozbieżne pozostałości rozmaitych światopoglądów. A jeżeli ten, czy inny kierunek lub szkoła, chociażby np. fenomenologizm lub kierunek objektywno-refloksologiczny, przychodzą z wyraźniejszym metodologicznie obliczem, to zato skala odrębności, jaką wnoszą ze sobą, jest o wiele od freudyzmu biedniejsza.

Pod tym względem jest freudyzm niezaprzeczenie najbardziej rewolucyjny, chociaż nie zawsze o charakterze rewolucji naprzód. Jak widzieliśmy bowiem, wskrzesza on nawet scholastyczno-talmudyczny nominalizm w wiedzy lekarskiej, spycha, może mimowoli, psychjatrę z powrotem od badań nad rzeczywistością i jej przejawami do oderwanych spekulacji z interpretacjami. Z drugiej strony wprowadzenie psychogenetycznego punktu widzenia jest ogromnym krokiem naprzód, zarówno w odniesieniu do kierunku doświadczalno-psychologicznego, operującego oderwaną od zjawiskowości psychicznej skalą porównania z t. zw. pomiarami średnimi (w stosunku do niewymiernych właściwie ilościowo zjawisk rozmaitych kategorji), jak i w stosunku do fenomenologizmu, starającego się odtworzyć byt psychiczny z punktu widzenia pojedyńczych momentów, a nie całości rozwoju i „stawania się", jak wreszcie w stosunku do koncepcji anatomo—fizjopatologicznych, badających epifenomeny zgoła innego świata — fizycznego, i w zgoła innej płaszczyźnie.

Jeżeli wreszcie chodzi o czynność „psychoanalizowania", to opierając się na fałszywych przesłankach metodologicznych, jest ona, jak widzieliśmy, wciąż jeszcze całkowicie subjektywna i naukowo bezwartościowa.

W obronie swej metody psychoanalitycy chętnie posługują się następującym porównaniem: określają siebie jako pilnie ślęczących nad mikroskopem (analizą psychiczną) i notujących swe obserwacje histologów, a krytyków freudyzmu porównywują do przechadzających sie obok próżniaków, którzy do mikroskopów wprawdzie nie zaglądali, ale twierdzą, że nic podobnego nie widać. Metafora ta jest tyleż efektowna, ile niesłuszna. Wystarczy przecież raz zapoznać się z mechanizmem owych mikroskopów, stwierdzić, że zbudowane są one na błędnych zasadach, że składają się, mówiąc językiem fizyka, z układu szkieł nieprzeziernych, że więc nie mogą one ukazywać istoty badanego „skrawka" psychicznego, aby mieć prawo wyniki psychoanalizy odrzucić, nawet nie zaglądając każdora-

zowo do mikroskopu. Stwierdziliśmy powyżej, że psychoanaliza jako instrument badania jest właśnie takim układem nieprzeziernym i że obrazy, jakie nam ona podsuwa, są właściwie tylko obrazami wnętrza tego instrumentu, tego mikroskopu, czasem rozświetlonego może refleksem z oka badającego — nic więcej.

Nie przesądza to naturalnie sprawy wartości terapeutycznej psychoanalizy, wartości niezaprzeczonej, nad którą zastanowimy się jeszcze na innym miejscu.

Les bases générales du freudisme au point de vue de la critique.

(Iére partie d'un travail plus important intitulé „Freudisme et Psychiatrie"):

par

STANISŁAW HIGIER.

Le désaccord qui se manifeste aujourd'hui entre la psychiatrie classique et le freudisme se développait plusieurs années, pendant lesquelles on n'a pas fait d'essais pour rapprocher ces deux tendances. La responsabilité de cet état de choses tombe d'une part sur la médecine clinique traditionelle et la psychologie oficielle et d'autre part, surtout, sur les créateurs de la doctrine psychoanalitique.

Les psychanalistes se défendant longtemps de connaître la discipline des sciences psychologiques n'ont pas su subordonner ses exploits théoriques et pratiques aux princips exigés par la méthodologie de la science contemporaine.

C'est aujourd'hui le moment juste pour jeter le pont entre les deux doctrines de la science psychiatrique et d'abord mettre en évidence les éléments nouveaux apportés par le freudisme à la méthodologie psychiatrique.

La particularité la plus frappante du freudisme est son point de vue génétique, qui d'une part se rattache à l'interprétation phénomenologique et vitaliste, se rapprochant d'autre part, de l'historisme pur. En effet, il traite l'individu humain comme l'expression et le résultat d'une lutte historique, si on peut le dire, de ses forces psychiques entre elles. Le second point caractéristique

pour la méthodologie du freudisme est „l'interprétation" — les recherches de la signification propre des symboles de toute une série de manifestations psychiques, qui sans ça auraient pu paraître illogiques. Les interpretations des freudistes nous montrent sous des syndromes, des états et des manifestations psychiques apparentes, le domaine d'inconscient. Mais „l'inconscient" de Freud est un domaine soumis à un régime naivement rationaliste; les inclinations, les affections, les instincts et d'autres forces psychiques correspondantes agissent dans l'inconscient à la manière d'un bonhomme très raisonnable et conscient de ses buts.

C'est le dogmatisme qui caractérise le symbolisme de l'école de Freud; les symboles correspondants et les déformations de psychismes inconscients se produisent suivants certains mécanismes constants et non individuels. De là, la possibilité pour la psychanalyse de reproduire et d'intrepreter les anciens états psychiques pathogènes, même sans avoir approfondi l'individualité du malade. La psychodynamique sur laquelle repose l'acte psychanalitique est une méthode excessivement embrouillée, imprécise et insuffisamment élaborée. La nature des forces, qui agissent dans la psychique, est traitée d'une façon tout à fait particulière et personnelle par chacun des psychanalistes. Freud, lui même, n'est pas allé au délà des analogies vagues avec les lois physiques. Dans ce sens là la psychanalyse devrait être considerée comme pratiquement irréalisable. Pourrait-on, par exemple, reproduire une partie de billard, rien qu'après la configuration finale des billes tout en connaissant parfaitement la dynamique des corps solides? De même, et à plus forte raison, il est impossible de reproduire la succesion des états psychiques ee se basant sur leur physionomie finale apparente; en effet, nous avons ici à faire à un nombre d'inconnues plus grand et à une mécanique correspondante encore de beaucoup de moins précise. La psychanalyse n'est possible que par le fait qu'elle se reduit en réalité à une interpretation arbitraire et souvent apriorique de certaines observations et cela de cette manière qu'il doit exister entre les chainons de l'interpretation une rélation logique et concordante avec la théorie freudiennne. Ainsi le freudisme fait reculer la science contemporaine au nominalisme moyenâgeux.

Le déterminisme psychique dans la science psychanalytique est appliqué d'une manière trop naive et littérale. Les tendances à retrouver dans les manifestations psychiques comme attribut une énergie analogue à celle de la physique n'ont pas réussi. Le mode

par lequel l'école psychanalytique traite les rélations réciproques et l'influence du psychisme et du soma est également complètement opposé à la science contemporaine, car le freudisme n'observe ni le principe de parallélisme, ni celui d'epiphénomenisme. Ce qu'il y a de plus exact logiquement dans le freudisme c'est l'application du principe de finalisme en psychiatrie. Mais ce principe ne peut pas être maintenu si on le confronte avec les observations cliniques.

D'ailleurs on retrouve les mêmes contradictions de la méthodologie dans toute la psychiatrie contemporaine. Tout en rejettant du freudisme son manque de logique, ses notions vagues et surtout sa méthode naive d'analyser, il faut cependant réfléchir sérieusement sur les observations des psychanalistes et sur la manière génétique de concevoir la maladie psychique.

Kongresy.

Prof. Dr. Med. R. Radziwiłłowicz:

XIX-y Międzynarodowy Kongres Przeciwalkoholowy.

Dziewiętnasty z kolei a czwarty powojenny-pierwszy w Lozanie w 1922 r., drugi w Kopenhadze w 1924 r., trzeci w Tartu (Dorpat) w 1926 r. i czwarty obecny Międzynarodowy Kongres Przeciwalkoholowy, odbył się w Antwerpji w dniach od 20—26. VIII. b. r.

Delegację polską tworzyli: niżej podpisany, jako delegat Rządu, dr. Łunlewski jako delegat Departamentu Służby Zdrowia M. S. W., p. Stanisława Adamowiczowa, jako delegatka naszych organizacji kobiecych, ksiądz Gałdyński, jako delegat Ligi Przeciwalkoholowej w Poznaniu, dr. Kacprzak, jako delegat Państwowej Szkoły Higjeny i p. Olpiński, jako delegat naszej młodzieży abstynenckiej z Krakowa.

Po powitaniach Kongresu przez przedstawicieli państw, reprezentowanych na Zjeździe, zabrał głos b. prezydent ministrów szwedzkich dla wygłoszenia odczytu inauguracyjnego p. t. „Alkoholizm, jako zagadnienie międzynarodowe."

Po bardzo obszernym i gruntownie obmyślanym wywodzie, po dokładnej analizie paktu Ligi, referent dochodził do wniosku, że jest nietylko prawem, lecz obowiązkiem Ligi Narodów włączenie do programu swych prac walki z alkoholizmem.

Wobec trudności, jakie sprawa ta nastręczać będzie na forum międzynarodowem, ze względu na liczne państwa, w których wytwór wina stanowi poważną podstawę ich życia gospodarczego, należy postępować ostrożnie i żądania ograniczać do minimum. Za takie „minimum" uważa mówca wniosek finlandzki, poparty przez Polskę, Szwecję, następnie podpisany również przez Belgję, Danję, Czechosłowację, zmierzający ku temu, ażeby przy Lidze Narodów, pod jej auspicjami, utworzono Komisję Rzeczoznawców, która badałaby bezstronnie sprawę alkoholizmu i orzeczenia swe przedstawiała Lidze Narodów. W tym duchu wniósł mówca projekt uchwały Kongresu do Ligi Narodów; wniosek został jednomyślnie przyjęty na ostatniem posiedzeniu Kongresu.

Obrady szły żywym trybem, obradowano dwa razy dziennie od 9—12 i od 2—5; od 5-ej odbywały się dorywcze zebrania, organizowane przez różne towarzystwa, reprezentowane na Zjeździe, a także i wieczory mieliśmy przeważnie zajęte przez tego rodzaju napół towarzyskie zebrania.

Ważniejsze z zagadnień poruszonych na Kongresie były następujące:

Eksperymentalne badania dziedziczności alkoholizmu, jego zwyrodniejącego wpływu na potomstwo, miały dwóch przedstawicieli — dr. Laitinen z Helsingforsu, nieobecny na Zjeździe, którego referat odczytano: badania nad świnkami morskiemi, przedstawione już poprzednio na Zjeździe w Kopenhadze, oraz prof. dr. Pousepp z Tartu (Dorpat), który poddawał badaniu anatomo-patologicznemu głównie gruczoły wkrewne u potomstwa, którego rodzice byli poddani działaniu alkoholu, i wykazał zmiany anatomiczne wszystkich gruczołów wkrewnych, a przedewszystkiem grasicy, tak ważnej dla rozwoju ustroju. Odczyt prof. Pouseppa wywołał duże zainteresowanie i był z wyróżniającą życzliwością przyjęty przez zebranych. Wzmianka uboczna: prof. Pousepp dobrze i chętnie mówi po polsku; matka profesora była polką.

Prof. Firket z Leodjum podniósł sprawę znaczenia ilościowego określenia zawartości alkoholu we krwi, jako wykładnika stanu alkoholowego upojenia przy orzeczeniach sądowo-lekarskich. Alkohol szybko przechodzi do krwi, przebywa w niej długo, kilka godzin po upojeniu, ilościowe określenie jego jest łatwe i stosunek 4 : 1000 wzgl. wyższy mógłby być wystarczającym dowodem stanu alkoholowego odurzenia sprawcy w przewodach sądowych.

Podnoszono w dyskusji przeszkody i trudności w stosowaniu metody: krwi nie można odbierać człowiekowi bez jego na to zgody, nie chodzi o ilość alkoholu we krwi, lecz także o indywidualną wrażliwość jednostki, która bywa różna; podnoszono, że lepsze są pod tym względem testy np. duńskie, które pozwalają w prostych kwestjonarjuszach ułożonych ad hoc, przez odpowiedź tak lub nie ustalić odurzenie alkoholowe i jego stopień. W tem miejscu dyskusji zabrał głos dr. Łuniewski i wskazał, że wszystkie te trudności byłyby ominięte, gdybu prawodawstwa stanęły na stanowisku, zajętem przez kodeksy angielski i finlandzki, wojskowy kodeks polski, sekcję prawa karnego naszej Komisji Kodyfikacyjnej, i przyjęły — jako zasadę — że alkoholowe odurzenie nie stanowi warunku, skutkującego niepoczytalność, jak się to mówi w języku

prawniczym, nie stanowi nawet warunku dopuszczającego okoliczności łagodzące. Stanowisko słuszne, zajęte przez psychjatrów i które jako konieczne będą musiały wcześniej czy później zająć wszystkie prawodawstwa spółczesne. Ubocznie poruszono również sprawę bardzo ważną pijaństwa szoferów, maszynistów, motorniczych, lotników i bezpieczeństwa pasażerów, oddanych pod ich opiekę.

Jeżeli opinja publiczna może być rozbieżna co do oceny sposobów walki z alkoholizmem, to pod tym względem jest jednomyślna, że bezpieczeństwo przed pijaństwem funkcjonarjuszów tego rodzaju jak szoferzy, motorniczowie itd. musi być całkowicie i bezwzględnie zapewnione. Z pomiędzy środków wskazywanych dla osiągnięcia tego celu podnieść należy jeden prosty i skuteczny. Władze bezpieczeńs wa publicznego powinny zachęcać szoferów (o nich chodzi prεedewszystkiem) do tworzenia związków szoferów — abstynentów. Szofer, członek związku, nosiłby niebieską szafę na ramieniu i publiczność miałaby odrazu możność wyboru i oddania się pod opiekę tego, który napojów alkoholowych nie używa. Bardzo prędko własny interes szoferów zmusiłby ich do zostania abstynentami. Wszelkie nadużycia pod tym względem byłyby odrazu wykrywane przez samych szoferów, abstynentów i nieabstynentów, i abstynenci złapani na używaniu alkoholu byliby pozbawieni, jako oszuści, prawa kierowania samochodami. Jak wspomniałem, środek jest prosty, łatwy do zastosowania i władze bezpieczeństwa publicznego powinny zaraz wziąć się do wcielenia go w życie.

Dużo czasu i uwagi zajęło rozważanie wartości systemów ograniczających spożywanie alkoholu — szwedzkiego (Bratt) i belgijskiego (Vandervelde). Pierwszy oddaje sprzedaż alkoholu w ręce organizacji społecznych i uprawnia je do indywidualnego traktowania odbiorców (sprzedając jednym więcej, innym mniej), drugi wyłącza z restauracji, wogóle z miejsc publicznych, napoje o zawartości alkoholu większej niż 16%, które są do nabycia gdzieindziej, lecz których niemożna nabyć więcej niż dwa litry. Oba systemy wychodzą z fałszywego założenia, że szkodliwe jest nadużycie alkoholu, natomiast picie umiarkowiane szkody nie przynosi, dlatego dąży tylko do ograniczenia spożycia, a nie do całkowitego zakazu. Niema nieszkodliwej dawki alkoholu, dlatego dążyć należy do jego całkowitego usunięcia ze spożycia. Cel ten osiągają zakazy amerykański i finlandzki, zabraniające wyrobu, sprzedaży, wwozu i wywozu alkoholu. Dla tego szczególnie ważne

były sprawozdania z wyników osiągniętych w obu tych krajach, a to tembardziej, że na czele delegacji amerykańskiej stał i był głównym referentem sprawy Dr. Doran, naczelnik urzędu prohibicyjnego Stanów Zjednoczonych; na czele delegacji finlandzkiej stał p. Voyonmaa, do niedawna finlandzki minister spraw zagranicznych, obecnie delegat Finlandji przy Lidze Narodów, promotor wniosku o włączenie do programu prac Ligi sprawy walki z alkoholizmem. Dr. Doran w dłuższym i bardzo gruntownym wywodzie stwierdził we wniosku ostatecznym, że zakaz jest najbardziej zbawienny (most salutary) dla narodu amerykańskiego, a p. Voyonmaa przyłączył się do mówcy amerykańskiego, stwierdzając, że te same wyniki co olbrzym amerykański osiągnął także i karzeł finlandzki, jak się wyraził. Zakazowi amerykańskiemu, jego wynikom chciałbym poświęcić opracowanie oddzielne; zrobię to, jak tylko będę miał materjały potrzebne, których dostarczenia podjęła się łaskawie pani Stocknard z Bostonu, delegatka amerykańska, znana działaczka na polu walki z alkoholizmem. Jak wiemy, jeden z kandydatów na Prezydenta Stanów wypowiedział się przeciwko zakazowi w tej postaci, w jakiej obowiązuje obecnie. Nie należy przez to rozumieć, żeby był za wprowadzeniem wódki, likierów i mocnych win do Stanów. Trzeba wiedzieć, że za zniesieniem zakazu w rozumieniu powyższem nikt nie stoi. Wszyscy są jednomyślni, że zakaz co do tych postaci alkoholu musi być utrzymany. Przeciwnicy prohibicji ograniczają swoje żądania do uznania prawa każdego Stanu oddzielnie dopuszczenia u siebie spożycia lekkich win i piwa. Charakterystyczną cechą ruchu przeciwprohibicyjnego jest fakt, żeześrodkowuje się on w t. zw. Antisaloon League, t. j. w Lidze przeciwko szynkowniom, dla zadokumentowania, że ruch nie zmierza bynajmniej do wprowadzenia zpowrotem swobodnego wyszynku wódki. Jaki będzie wynik wyborów, nie wiadomo, przewidzieć nie można, lecz nawet w wyniku pomyślnym dla p. Smitha spotka zawód tych wszystkich w Europie, którzy myślą, że za jego prezydentury wódka wróci do Ameryki. Nie wróci, nawet w tym wypadku. Charakterystyczną odpowiedź otrzymał od wyborcy robotnika jeden z agitujących za Smithem, zapewniający robotnika że z chwilą wyboru Smitha będzie miał piwo. Robotnik odpowiedział, że woli głosować za Hooverem, bo wtedy będzie miał chleb.

W opinji amerykańskiej zakaz w Ameryce stoi mocno, opiera się na trzech podstawach, są niemi: kościoły wszystkich wyznań, kobiety i wielki przemysł, który uważa, że tylko przy

utrzymaniu zakazu, nie obniżając zarobków robotniczych, może skutecznie współzawodniczyć z przemysłem europejskim.

Zagadnienie o dużym posmaku scholastycznym — wolność osobista i zwalczanie alkoholizmu — było również przedmiotem długich obrad. Oświetlano je z trzech stanowisk: religji katolickiej, religji protestanckiej i moralności świeckiej, przyczem oczywiście wszyscy mówcy dochodzili do wniosku, że elementarna miłość bliźniego nakazuje oddziaływać na niego, ażeby pijąc w niewiadomości szkody, jaką sobie wyrządza, nie pił dalej.

Zastanawiano się również nad stosunkiem alkoholu do sportu. Jak się okazało, nie można zagadnienia rozwiązać prostą formułą: sport to abstynencja. Nie, sprawa tak prosto nie da się załatwić. Jak stwierdziła przeprowadzona ankieta, żaden z wybitniejszych lekkoatletów nie jest całkowitym abstynentem. Najlepiej, zdaje się, rozwiązała zagadnienie komisja niemiecka, o której mówił dr. Polzer z Berlina, — złożona z lekarzy i sportowców, która po 6-miesięcznych badaniach opracowała rodzaj katechizmu dla sportowców wszelkiego rodzaju, co do tego, jak powinni odnosić się do alkoholu. Katechizm jest ujęty w 7-miu jasnych, prostych przykazaniach. Egzemplarze katechizmu dla użytku nowych sportowców przywieźliśmy ze sobą.

Jednocześnie z kongresem ogólnym odbywał się Zjazd Międzynarodowy Młodzieży Abstynenckiej, w którym rzecz prosta mogłem uczestniczyć tylko dorywczo i okolicznościowo.

Naszą młodzież abstynencką przedstawiał na Zjeździe p. Olpiński z Krakowa.

Zagadnienie stosunku młodzieży do alkoholu było również przedmiotem obrad Zjazdu ogólnego. Podkreślano wagę tego zagadnienia dla przyszłości narodu.

Były wysuwane także zagadnienia natury gospodarczej. Szczególnie pilną zwrócono uwagę na to, jak w krajach, w których wyrób wina stanowi zasadnicze źródło dobrobytu, zastąpić je wyrobami bezalkoholowemi. Wskazywano na przykładzie Włoch, Szwajcarji, że rzecz ta nie jest trudna, jak się wydaje napozór, że doświadczenie wykazuje, że soki fermentowe alkoholowe mogą być doskonale zastąpione przez soki sterylizowane, bezalkoholowe, z korzyścią dla producentów niemniejszą, po cenach nieraz wyższych, niż przerabianie jagód i owoców na napoje alkoholowe. Na przykład takiego zastosowania soków owocowych natknęliśmy się przypadkiem z kol. Łuniewskim w powrotnej podróży w Berlinie.

Widzieliśmy w okolicy dworca „Ogród Zoologiczny“ sklep firmy Kantorowicz, firmy także znanej u nas z wyrobu i sprzedaży wytworów alkoholowych, w którym zamiast tego rodzaju wyrobów widzieliśmy flaszki i flaszeczki z rozmaitemi sterylizowanemi sokami owocowemi, głównie pomarańczowemi. Widocznie pokup na artykuły tego rodzaju jest w Berlinie znaczny, jeżeli Kantorowicz otworzył dla ich zbytu sklep oddzielny, zapewne nie jedyny w Berlinie.

Następny zjazd — na zaproszenie naszego Rządu — postanowiono odbyć w Warszawie w 1931 r. Termin Zjazdu przesunięto o rok, ponieważ Zjazdy dotychczasowe, które jak dotąd odbywały się w latach parzystych, wypadały nieraz spółcześnie z wyborami w niektórych państwach, a przedewszystkiem w Stanach Zjednoczonych, co utrudniało bardzo delegacji amerykańskiej, na której Zjazdowi bardzo zależy, uczestnictwo w Zjeździe. Po 1931 r. następne Zjazdy będą odbywały się znowu co 2 lata, lecz wypadną wtedy w latach nieparzystych i nie będzie kolizji z wyborami.

Program ostatniego Zjazdu był niewątpliwie przeładowany referatami, z wyraźnym uszczerbkiem dyskusji, która powinna stanowić rdzeń obrad zjazdowych. Był to głos powszechny. Dała temu wyraz w rozmowie ze mną pani Salomon, delegatka Afryki Południowej, wiceprzewodnicząca Międzynarodowej Ligi Kobiecej dla Walki z Alkoholizmem i prosiła, zapewniając, że nie mówi tylko w imieniu własnem, lecz licznych delegacji, ażebym starał się o to, ażeby na Zjeździe Warszawskim stosunek był odwrotny, więcej dyskusji, a mniej referatów. Przyrzekłem dołożyć wszelkich starań pod tym względem, gdyż jest to także i mój pogląd.

Atmosfera na Kongresie panowała pogodna, dyskusja toczyła się w nastroju, jeżeli nie braterskim, to powinowactwa duchowego ludzi przesiąkniętych wspólną ideą i wiarą, że służą dobrej sprawie na pożytek ludzkości i postępu społecznego.

Szczególnie wraził mi się w pamięć, a sądzę że nietylko mnie, — delegat Egiptu, urzędnik egipskiego Ministerstwa Pracy, wychowaniec jednego z uniwersytetów amerykańskich, doskonale mówiący po angielsku, który często zabierał głos w różnych sprawach, każdą rozstrzygał prosto, przytaczając odpowiedni ustęp z Koranu. Każde przemówienie kończył słowami: „jak Państwo widzą, prawda jest w Koranie“. Chodził i występował zawsze w fezie. W swem ostatniem przemówieniu zwrócił się z gorącym apelem do zebranych chrześcijan, ażeby nie demoralizowali muzułmanów, wprowadzając ze sobą do ich życia napoje alkoholowe,

albowiem abstynencja dla wyznawcy proroka jest sprawą wiary, nakazem religijnym, a dalej, żeby nie lekceważyli duchowej kultury Wschodu, która bynajmniej nie jest niższa od duchowej kultury Zachodu.

Żegnaliśmy się wszyscy słowami „do widzenia za trzy lata w Warszawie".

Czy należało zabiegać o odbycie następnego Zjazdu u nas? Sądzę, że tak. Zjazdy tego rodzaju są doskonałym środkiem propagandowym, a my doprawdy mamy czem pochwalić się przed obcymi. Przedewszystkiem naszą starą rodzimą kulturą, której objawy ujrzą cudzoziemcy w Polsce W samej dziedzinie walki z alkoholizmem nie stoimy niżej od wielu krajów, posiadających państwowość dawniejszą, niż nasza obecna. Mamy przedewszystkiem ustawę przeciwalkoholową z dnia 23. 4. 1920 r. będącą wzorem ustawy przejściowej do całkowitego zakazu. Mamy obecnie już zastępy dosyć liczne osób hołdujących całkowitej abstynencji. Mamy 195 gmin, które skorzystały z t. zw. opcji lokalnej i uchwaliły zakaz bezwzględny na swojem terytorjum. Wszystko to dobrze świadczy o postępach naszego ruchu przeciwalkoholowego. Przed 4-ma laty mogłem wskazać tylko cztery takie gminy; liczba ta obecnie wzrosła bez mała pięćdziesięciokrotnie. Można sądzić, że za trzy lata wzrośnie stokrotnie, podwoi się w stosunku do obecnej.

Należy tylko dość wcześnie zająć się przygotowaniem Zjazdu. Powinien być bezzwłocznie utworzony Komitet Organizacyjny Zjazdu, na którego czele powinien stanąć p. Jan Szymański, 1) ponieważ jest spiritus movens całego naszego ruchu przeciwalkoholowego, 2) jest referentem walki z alkoholizmem w Departamencie Służby Zdrowia M. S. W., 3) jest doskonałym organizatorem, czego dowody złożył organizując nasze krajowe Zjazdy, 4) jest z ramienia Polski członkiem stałego Komitetu Międzynarodowych Kongresów Przeciwalkoholowych.

Trzeba zawczasu pomyśleć o programie Zjazdu. Jego lwia część powinna spaść na nas psychjatrów. Jest głosem powszechnym, że sprawa walki z alkoholizmem cierpi bardzo na małym dopływie prac naukowych, które dostarczałyby materjału propagandzie przeciwalkoholowej.

W przewidywaniu, że następny Międzynarodowy Zjazd Przeciwalkoholowy odbędzie się w Warszawie, postanowiliśmy, że zasadniczym tematem naszego Zjazdu Psychjatrycznego w r. 1930 będzie alkoholizm. Musimy te trzy lata, które nam pozostają, należycie wyzyskać.

Obowiązek naukowego opracowania szeregu tematów z tego zakresu ciąży na Państwowej Szkole Higjeny, na jej instytucjach badawczych, na klinikach i szpitalach psychjatrycznych, nietylko pod względem klinicznym, lecz także pod względem fizjologicznym i anatomiczno-patologicznym, gdzie warunki pracy na to pozwalają. Jeżeli, jak jest przewidywane, następny Zjazd — po naszym — odbędzie się w Berlinie, można być pewnym, że Niemcy przyjdą z dużym dorobkiem pod tym względem; trzeba ich uprzedzić i nie dać się zakasować.

Należy jako temat zasadniczy wysunąć także odpowiedzialność za czyny spełnione po pijanemu. Stwierdziłem na Zjeździe Antwerpskim, że pod tym względem niema jednomyślności; panuje duża rozbieżność poglądów. Należy rzecz oświetlić ze stanowiska prawnego i sądowo-psychjatrycznego i podjąć próbę ujednostajnienia poglądów prawników i psychjatrów, jak stało się u nas w Komisji Kodyfikacyjnej.

Należałoby również wysunąć na pierwszy plan zagadnień gospodarczych sprawę kosztów pośrednich, jakiemi jest obarczone społeczeństwo w zwalczaniu skutków alkoholizmu, o czem zwykle nie pamięta się przy obliczaniu sum, które pochłania alkohol.

Dalej, nadawałaby się jako temat sprawa t. zw. picia umiarkowanego, niebezpieczniejszego dla społeczeństwa z pewnego stanowiska od picia nieumiarkowanego.

Jeżeli przyjąć, że dyskusja i wielostronne oświetlenie poruszonych zagadnień powinny stanowić clou Zjazdu, to do powyższego szkicowego programu niewiele może byłoby już do dodania. Według regulaminu Zjazdów, program układa Komitet stały Zjazdów w porozumieniu z Komitetem miejscowym; otóż nasz komitet mógłby wejść do komitetu stałego z powyższemi propozycjami programowemi. Jeżeli dodam do tego dobrze zorganizowane zebrania towarzyskie i rozrywki, rzeczy nieodłączne od wszelkiego rodzaju Zjazdów, oszczędne pod względem materjalnym (oszczędność należy do cnót narodowych cenionych na Zachodzie), lecz bogatych pod względem duchowym, przyjęcie na Zamku, połączone z jego zwiedzeniem, zwiedzenie Łazienek, połączone z przedstawieniem baletowem na wyspie, zwiedzenie Wilanowa, przyjęcie na Ratuszu, połączone z koncertem muzyki polskiej z doskonałym programem, w doskonałem wykonaniu, przedstawienie etnograficzne np. Wesele na Kurpiach w siedzibie Związku Kolejarzy nad Wisłą, siedzibie

bardzo pięknej, świadczącej o wysokim poziomie kulturalnych potrzeb naszego świata pracowniczego, — to wszystkie „numery" powyższe wypełniłyby czas, poświęcony życiu towarzyskiemu, byłyby niekosztowne, zostawiłyby miłe wspomnienie i dobrze by świadczyły o kulturze kraju, w którym obraduje Kongres.

Ponieważ, dalej, wiele osób przyjeżdża z daleka, nawet z bardzo daleka, jak np. z Południowej Afryki, New Foudland, Nowej Zelandji, i chciałoby wiele zobaczyć i nauczyć się przy tej sposobności, należałoby pomyśleć o zorganizowaniu wycieczek po Zjeździe, np. przez Poznań do Gdyni, Helu, wzdłuż wybrzeża z powrotem do Gdańska, do Krakowa i Zakopanego, do Lwowa, Zagłębia naftowego, wzgl. nad Prut, do Wilna, Wileńszczyzny, wycieczki nad jezioro Narocz i inne.

Należy wydać przewodnika po Warszawie, w kilku językach, z planem miasta i wskazaniem linji tramwajowych do siedziby Zjazdu, porobić wszelkie ułatwienia w otrzymaniu wiz, ulg kolejowych, zapewnić tanie i dobre mieszkania; na Zjazdy przyjeżdża wiele osób niezamożnych, — trzeba pamiętać i o tem.

Wszystko to dobrze przemyślane i dobrze wykonane zapewni niewątpliwie powodzenie Zjazdowi.

VIII. ZJAZD PSYCHJATRÓW POLSKICH

w Warszawie, d. 29. V. 1929 r. uchwalił, by następny Zjazd odbył się, jako sekcja psychjatryczna XIII. ZJAZDU LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH, w Wilnie. Na skutek tej decyzji, Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego po porozumieniu z przewodniczącym sekcji psychjatrycznej XIII. Zjazdu w Wilnie prof. Radziwiłłowiczem, zgodnie z dezyderatami, wypowiedzianemi na VIII. Zjeździe Psychjatrów Polskich, ustalił jako tematy główne:

1. Psychopatja konstytucjonalna i
2. Program budowlany szpitalnictwa psychjatrycznego w Polsce.

Przewodniczący sekcji psychjatrycznej podaje następujący tymczasowy program prac.

Termin prac Zjazdu ustalony został na d. 26—29 września 1929 roku. Posiedzenie przedpołudniowe 26. IX. wypełni zebranie

plenarne Zjazdu; pozatem w dniach 27., 28, 29. września godziny ranne od 9—10 przeznaczone są na wykłady plenarne z odczytami profesorów: Marchlewskiego, Godlewskiego, Nowickiego, Piaseckiego. Przedpołudniowe posiedzenie 29. IX. wypełni plenarne posiedzenie, uchwały, zamknięcie Zjazdu. W ten sposób dla sekcji psychjatrycznej pozostaje 26. IX. posiedzenie popołudniowe (łącznie z sekcją neurologiczną) — 27. oraz 28. IX.; w tym dniu odbędzie się Walne Zebranie Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego. W sekcjach połączonych proponowane są odczyty doc. Rosego z Warszawy p. t. „Zasady architektonicznej lokalizacji w korze mózgowej", oraz dr. Hurynowiczówny (Wilno) p. t. „Chromaksja".

Do wygłoszenia referatów dla tematu „Psychopatja konstytucjonalna" zaproszeni zostali: prof. Mazurkiewicz, E. Minkowski (z Paryża), doc. Hirszfeld i Wilczkowski, Sterling, Grzegorzewska, Rozenblumówna, Falkowski; dla tematu „Program budowlany szpitalnictwa psychjatrycznego" — Bednarz, Piotrowski, Łuniewski, Radziwiłłowicz.

U w a g i :

1. Wszystkich referentów uprasza się o przysłanie swoich referatów najpóźniej do końca maja 1929 r. do Redakcji „Rocznika Psychjatrycznego" pod adresem red. J. Nelkena - Warszawa, Matejki 6, w celu umieszczenia in extenso w „Roczniku" (zeszyt „Rocznika" z wydrukowanemi pracami będzie rozesłany przed Zjazdem), czas zaś wygłoszenia streszczenia referatu zostaje ograniczony do 10 minut, by pozostawić więcej czasu na dyskusję.

2. Uprasza się o zgłaszanie odczytów luźnych do przewodniczącego sekcji prof. Radziwiłłowicza - Wilno, Klinika Psychjatryczna, ul. Letnia 5, Antokol, do końca maja 1929 r. —

REGULAMIN SEKCJI PSYCHJATRYCZNEJ ZJAZDU LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W WILNIE

w dniach od 26—29. IX. 1929 r.

Referaty, zgłoszone na Zjazd, powinny być złożone Redakcji Rocznika Psychjatrycznego przed 1-ym czerwca 1929. Referaty zostaną in extenso wydrukowane w Roczniku przed terminem Zjazdu. W ten sposób każdy uczestnik Sekcji Psychjatrycznej będzie miał możność zapoznania się z referatami przed Zjazdem. Referent na

samym Zjeździe będzie rozporządzał tylko 10 minutami dla przedstawienia wytycznych referatu. Na dyskusję przeznacza się 5 minut dla każdego uczestniczącego w dyskusji. Referent ma w dyskusji głos ostatni.

Pierwszy dzień Zjazdu jest przeznaczony na referaty na temat zasadniczy „Psychopatja" i na dyskusję nad tym tematem. Przedpołudniowe posiedzenie drugiego dnia jest przeznaczone na referaty na temat „Budownictwo Psychjatryczne" i na dyskusję nad tym tematem.

Popołudniowe posiedzenie drugiego dnia jest przeznaczone na Walne Zebranie Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego, w myśl uchwały powziętej na ostatnim Zjeździe Psychjatrów Polskich w Warszawie.

Cały trzeci dzień Zjazdu jest przeznaczony na referaty luźne. Referenci tematów zasadniczych zostali wybrani na podstawie porozumienia Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego z Komisją Organizacyjną Sekcji Psychjatrycznej Zjazdu.

Regulamin powyższy został ustalony przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego łącznie z Komisją Organizacyjną Sekcji Psychjatrycznej Zjazdu i obowiązuje uczestników Sekcji.

Od Redakcji.

Z Krajowego Zakładu Psychjatrycznego Dziekanka zgłoszono na Zjazd Wileński następujące referaty (zgłoszenia tymczasowe):

1) Al. Piotrowski: Jak winien wyglądać nowoczesny szpital psychjatryczny.

2) J. Gawroński: Organizacja opieki nad psychopatami oraz metody leczniczo-wychowawcze w tej dziedzinie.

3) Fr. Wilczyński: Lecznictwo psychjatryczne w Dziekance w ubiegłych 10 latach.

4) H. Zajączkowski: Bezsenność u osób psychicznie chorych i jej zwalczanie w Dziekance.

5) St. Świerczek: Doświadczenia z terapją paraliżu postępującego.

6) W. Gorzkowski: Psychozy alkoholowe w Dziekance przed i po wojnie.

7) J. Medem: Badania kontrolne nad symptomatologją płynu mózgo-rdzeniowego w porażeniu postępującem i w innych chorobach kiłowych.

SPRAWOZDANIA Z POSIEDZEŃ LEKARSKICH.

POSIEDZENIE KLINICZNE LEKARZY W DZIEKANCE

w dniu 13-go listopada 1927 r.

Przewodniczący: Al. Piotrowski. Sekretarz: St. Galon.

O. Bielawski: **Przypadek sądowo-psychjatryczny. — Zgwałcenie i zabójstwo.**

M. O., lat 34, był kilkakrotnie karany za kradzieże oraz wykroczenia natury seksualnej. Dnia 31. 8. 22 r., spotkawszy dwie dziewczyny w lesie, podszedł do nich i zapytał o drogę; następnie chwycił jedną dziewczynę z tyłu, rzucił na ziemię i zgwałcił, bijąc przytem ofiarę i gryząc ją. Ponieważ O. tłómaczył się pijaństwem, przeto został oddany pod obserwację psychjatryczną.

Ekspertyza stwierdziła, że sprawca jest głuptakiem średniego stopnia, cierpiącym na histeryczne napady kurczowe oraz na zboczenie seksualne w formie sadystycznej.

W lipcu 1927 r. O. popełnił znowu zbrodnię zgwałcenia i morderstwa. O tej sprawie sam mówi: „Od dłuszego czasu wędruję po świecie i żebrzę. Dnia 15. 7. 27 upiłem się w Krotoszynie. Wracając do domu, spotkałem kobietę, idącą w pole do roboty. Przyszło mi na myśl, żeby ją zgwałcić. Wciągnąłem ją w przyległy owies i zgwałciłem. Następnie biłem ją „dziobką“ po głowie, aby „jeszcze nie wstała,“ potem odszedłem przez zboże. Pokrwawioną koszulę wyrzuciłem w zboże i umyłem się w rowie, przyczem zostałem ujęty.“

Dalej O. oświadcza, że po dokonaniu spółkowania był tak zdenerwowany i „rozjeżony“, że bił ofiarę bez pamięci i nie wiedział, co się z nim dzieje. „Gdy kobietę zobaczyłem“ — zeznaje podsądny — „nie zamierzałem jej zabić na śmierć, a moim zamiarem było zgwałcić ją. Później, gdy ją zgwałciłem, powstał we mnie zamiar, by ją zabić; bałem się bowiem, że jak zostanie żywa, to mnie zdradzi. Przed spółkowaniem biłem ją, żeby się nie broniła.“

Badanie O. wykazało: skąpe odżywienie, asymetrję twarzy, lewe ucho większe, więcej odstające od prawego, łatwo wyczuwalne szwy czaszkowe, liczne blizny na owłosionej głowie, wy-

sokie podniebienie, wadliwe, niedostatecznie rozwinięte uzębienie. Lewa klatka piersiowa była więcej wypukła od prawej. Źrenice niezupełnie okrągłe.

Podsądny miał wygląd twarzy wyrażający zdziwienie, spojrzenie nieufne, ubogą mimikę. Na pytania odpowiadał niedorzecznie, jak np. 2x2=5, rok ma 14 miesięcy, 3x7=15, a jednocześnie opisywał, znał dokładnie ceny artykułów pierwszej potrzeby, pamiętał, na jaki okres czasu przybył do szpitala i ile czasu jeszcze pozostaje do ukończenia obserwacji, zdawał sobie też sprawę z czynu karalnego i przyznał, że zabójstwo jest grzechem i zbrodnią. Wiedział o tem także w chwili krytycznej. O. bronił się stale tem, że jest umysłowo chory, że ma epilepsję, że za czyny swoje nie odpowiada, tembardziej, że w czasie popełnienia zbrodni był pijany. Podczas obserwacji badany kilkakrotnie produkował drgawki całego ciała, których charakter odpowiadał napadom histerycznym wzgl. udawaniu napadów kurczowych. Epilepsji u O. nie stwierdzono. Próba alkoholowa, przeprowadzona w celu postawienia podsądnego w warunki takie, w jakich znajdował się w chwili krytycznej, dała wynik ujemny i pozwala wnioskować, że podsądny pod wpływem pół litra alkoholu nie byłby zdolny do dokonania jakiegokolwiek czynu.

Ani na podstawie akt sądowych, ani też z wyniku obserwacji sądowo—psychjatrycznej nie stwierdzono, by oskarżony w chwili krytycznej znajdował się w stanie przemijającego lub też trwałego zakłócenia władz psychicznych. — Upośledzenie psychiczne z tytułu niedorozwoju — jak to wynika już z przytoczonej ekspertyzy — nie jest znaczne. Dalej — jak wynika z zeznań oskarżonego, złożonych przed sędzią śledczym — O. był nie też nieświadomy karalności czynu. „Gdy ją zgwałciłem, powstał we mnie zamiar, by ją zabić, bałem się bowiem, że jak zostanie żywa, to mnie zdradzi.“ Wobec tego przychodzi referent do wniosku, że O. w chwili popełnienia czynu karalnego **nie** znajdował się **w stanie chorobowych zaburzeń psychicznych, któryby całkowicie wykluczał jego zdolności** kierowania się własną wolą. Jednakże wola sprawcy w stosunku do tych czynów była w pewnym stopniu ograniczona, i gdyby prawodawstwo uznawało poczytalność zmniejszoną, należałoby podsądnego podporządkować pod pojęcie poczytalności zmniejszonej.

Dyskusja.

p. **Luziński** dopatruje się u podsądnego znamion nekrofilji.

p. Piotrowski przypomina, że nekrofil pastwi się nad zmarłymi, zakrada się do kaplic, do kostnic, na cmentarze, aby świeżego trupa kobiecego użyć do zaspokojenia swych anormalnych popędów płciowych. Nekrofil nie zabija, natomiast zabija morderca sadysta z lubieżności. p. Piotrowski stwierdza, że akta sądowe nie zawierają żadnego momentu, któryby świadczyć mógł o tem, że O. w chwili krytycznej znajdował się w stanie patologicznego odurzenia z powodu zatrucia alkoholowego. Danych, przemawiających za ewentualnymi ekwiwalentami epileptycznymi, również niema, atoli O. jest głuptakiem (oligofrenikiem). Wprawdzie, mimo głuptactwa posiada on dość zdolności, aby się sprytnie bronić, zastawiając się chorobą psychiczną i epilepsją. Jest to zjawisko znane, że oligofrenicy, z powodu słabej umysłowości, nie umieją sobie dać rady z wymaganiami życia społecznego, a jednak, gdy chodzi o ich własną skórę, o ich własny zysk, okazują nieraz dużo inicjatywy, są sprytni i wyrafinowani. Podsądny wskutek swego upośledzenia ma trudności w zdobyciu kobiety; kobiety go nie chcą. Popęd płciowy jest silny, więc O. radzi sobie w sposób dla niego najprostszy, t. j. gwałci kobiety samotne spotkane na drodze. Nierzadko dzieje się, że złoczyńca w rodzaju podsądnego przed zgwałceniem lub zabiciem bije swoją ofiarę po głowie, aby ją ogłuszyć. Czynił to też O. Szczegół ten świadczyłby o skłonnościach sadystycznych sprawcy. Badany tłómaczył swoje postępowanie żądzą, aby kobiety były mu uległe, aby się nie broniły i nie przeszkadzały w spółkowaniu. Sprawca zastanawiał się więc nad sposobem ubezwładnienia ofiary. Osoba psychicznie upośledzona może się także zastanawiać w pewnych okolicznościach. A jednak mimo swego zastanowienia, sprawca jako oligofrenik pozostanie osobą nienormalną. W oligofrenji odróżniamy trzy stopnie upośledzenia psychicznego: idjotyzm, głuptactwo i niedorozwój umysłowy. Idjota zawsze będzie niepoczytalnym. Głuptak może być niepoczytalny albo poczytalny wzgl. poczytalność może być zmniejszona, zależnie od stanu psychicznego i od okoliczności. To samo odnosi się do przestępcy pychicznie niedorozwiniętego. Jeżeli w przypadku niniejszym wydamy orzeczenie, że O. był poczytalny w chwli przestępstwa, wyrządzimy mu krzywdę, ponieważ pod względem psychicznym jest on nienormalny i to w znacznym stopniu. W każdym razie jego poczytalność w chwili dokonania zbrodni z powodu ciężkiego upośledzenia psychicznego nie mogła byé ta sama co u osoby zdrowej.

Kodeks karny jest oparty na psychologji normalnej, a nie na psychopatologji. Przepisy karne dosięgają z reguły osób zdrowych, poczytalnych. Prawo przewiduje albo poczytalność albo niepoczytalność, nie uwzględnia zaś poczytalności zmniejszonej. Tu jest luka w ustawodawstwie. To też psychjatrzy i prawnicy zdają sobie sprawę z tego, że § 51 k. k. celowi nie odpowiada. Bo co począć z osobą, która nie jest niepoczytalna, ale również nie jest poczytalna. Siłą rzeczy nasuwa się postulat uznania stanów pośrednich, t. j. stanów o poczytalności zmniejszonej. Psychjatra musi jednakże uwzględnić wymagania prawa, musi zastosować się do praktycznych potrzeb sądów i nie utrudniać wyrokowania konstrukcjami psychopatologicznemi, nieobjętemi ustawą. Sądy bowiem znajdują się w trudnem położeniu wobec mordercy ze zmniejszoną poczytalnością, ponieważ kodeks takich stanów nie przewiduje. Biegły powinien zatem dokładnie rozważyć wszelkie momenty psychopatologiczne i sprecyzować charakter zaburzeń psychicznych pod względem oceny kwantytatywnej, aby umożliwić sądowi uznanie sprawcy za poczytalnego lub niepoczytalnego.

Szwajcarski projekt prawa karnego z r. 1908 uznaje oligofrenję jako anomalję, uwalniającą sprawcę od winy i kary. Bleuler żąda, aby osoba nienormalna, o ile czynami wykaże, że jest niebezpieczna, była unieszkodliwiona przez umieszczenie jej w zamkniętym zakładzie psychjatrycznym.

Badany jest oligofrenikiem, głuptakiem średniego stopnia. Nasilenie jego głuptactwa zbliża się raczej ku idjotyzmowi, nie zaś ku lżejszym formom niedorozwoju umysłowego. Idjota może popełnić taki sam czyn jak człowiek normalny, atoli z powodu ciężkiego upośledzenia umysłowego, powodującego chorobowe zaburzenia czynności psychicznych wykluczających wolną wolę, nie odpowiada za swoje czyny. Podczas aktu seksualnego afekt sprawcy spotęgował się silnie, do ostateczności (był „rozjeżony“) i panował nad umysłowością; umysłowość, rozwaga, zastanowienie nie mogły swobodnie działać, ponieważ przytłumiło je silne wzburzenie afektu. Wobec tego należy wydać orzeczenie, że O. jako głuptak, zbliżony do idjoty, w chwili dokonania karalnego czynu znajdował się w stanie niepoczytalnym w myśl § 51 k. k.

P. Bielawski w słowie końcowem wyraża mniemanie, że omawiany przypadek sądowy nadaje się bardzo do t. zw. różniczkowania poczytalności, ponieważ O. jest jednostką intelektualnie upośledzoną o wzmożonej pobudliwości uczuciowej, szczególnie

w sferze seksualnej. Dlatego też we wszystkich przypadkach konfliktu z prawem karnem, w których wciągnięte są chorobowo zmienione, a wyżej wzmiankowane czynniki natury psychopatycznej, należałoby orzec niepoczytalność sprawcy, mianowicie wtedy, gdy zachodzą czyny afektywne, oraz przestępstwa wobec cudzej własności. Przeciwnie zaś, w przypadku omawianego morderstwa wzmiankowane czynniki patopsychiczne, zdaje się, nie odgrywają roli. Tu bowiem postanowienie wykonania czynu rodzi się prawidłowo i nie wciąga w grę chorobowo zmienionych psychizmów sprawcy.

---

p. Luziński przedstawia dwie pacjentki.

I. p. A. P., lat 20. Wywiadu brak. U pacjentki stwierdza się wól średniej wielkości. Pozatem zmian chorobowych niema.

Pod względem psychicznym pacjentka jest zahamowana, na pytania nie odpowiada, raz po razie tylko jęczy i płacze, powtarzając: „Mój Boże, mój Boże", pozatem nigdy nic nie mówi, niczem się nie interesuje, jest zawsze przygnębiona. Chodzi do szycia, lecz mało się zajmuje robótką.

II. p. J. W., lat 41, dziedzicznie nie obarczona, miała kilka poronień. Zachorowała nagle, była niespokojna, napastowała księży, wybijała szyby, odgrażała się, że „podpali". Miewała urojenia prześladowcze.

Pacjentka wykazuje odżywienie średnie, sińce stóp, niezupełnie okrągłe, nierówne źrenice, reagujące na światło i na akomodację, język obłożony, ogólne drżenie. Odruchów patologicznych brak. Badanie na odczyn Wassermanna dało wynik ujemny.

Chora jest podniecona, erotyczna, czepia się chorych i pielęgniarek, wybiera się poprzez ogrodzenia do domu, domaga się gwałtem przekazania na pierwszą klasę, ponieważ to wszystko dla niej niedobre, i do jedzenia trzeba ją nakłaniać. Na zapytanie, czy zdrowa, odpowiada, że jej brak mężczyzny, pozatem jest zdrowa. Twierdzi, że jest bogatą, że mogła by wszystko mieć, ma pałac i może 1000 morgów. Ludzie do niej przyjeżdżali i mówili, że może wybierać, co chce.

Dyskusja.

P. Bielawski podkreśla, że u pacjentki A. P. stwierdza się dużo objawów oligofrenicznych.

p. **Piotrowski** zwraca uwagę na drobną i ku dołowi wydłużoną twarz pacjentki A. P., na zwężoną szczękę dolną, co nadaje twarzy kształt trójkątny. Uszy są wysoko postawione. Czaszka nad mózgiem jest niepomiernie rozszerzona, czoło wypukłe, co wskazuje na wodogłowie. Pacjentka grymasi, układa usta w dziób (Schnauzbildung), jest nieruchoma i ma sztywną posągową postawę. Uśmiecha się, zwraca uwagę na otoczenie. Na bodźce fizjologiczne reaguje prawidłowo. Obok nieruchomości zewnętrznej można jednak zauważyć żywy wesoły nastrój wewnętrzny. Chora przymruża rzadko powieki. Objawy te są charakterystyczne dla stanów mieszanych, które Kraepelin nazwał „Mischzustände". Wygląd oligrofeniczny chorej tłómaczy p. Piotrowski jej wodogłowiem. Chodzi o ustalenie etjologji wodogłowia. Mówca proponuje, ażeby zbadano krew i płyn mózgowo-rdzeniowy na odczyn Wassermanna.

U pacjentki J. W. uderza jej wyniosłe i górne zachowanie się, jej głupkowata argumentacja i euforja. Pomimo, że reakcja Wassermanna wypadła ujemnie i niema potykania na zgłoskach, należy ze względu na objawy akcesoryjne jak urojenia wielkości, hematom ucha lewego, trzy poronienia, u badanej djagnostykować porażenie postępujące.

POSIEDZENIE KLINICZNE LEKARZY W DZIEKANCE.

w dniu 28-go listopada 1927.

Przewodniczący: p. Piotrowski. Sekretarz: p. Galon.

p. **Gawroński** przedstawia pacjentkę K., lat 34. Z wywiadu wynika, że K. uczyła się dobrze, uczęszczała na kursa nauczycielskie, które ukończyła z dobrym wynikiem. Przez pewien czas była nauczycielką, atoli musiała posadę opuścić z powodu dziwacznego zachowania się. Ubierała się niewłaściwie, przychodziła do klasy w spodniach, spóźniała się na lekcje, tłómacząc się, że nie lubi ograniczeń. W domu była ze wszystkiego niezadowolona, kapryśna, kilkakrotnie oddaliła się z domu do krewnych lub znajomych, wszędzie robiąc długi lub sprzedając suknie. Jako dziecko była bardzo pieszczona i nigdy nie doznawała odmowy w realizacji swoich zachcianek.

Pacjentka ma krótki wzrok, nad lewym szczytem słumienie; nieczysty, chropawy oddech.

Badana zachowuje się górnie i wyniośle, jest nieprzystępna w rozmowie, zbywa rozmówcę półsłówkami, orjentuje się co do miejsca i otoczenia. Protestuje przeciwko umieszczeniu jej w zakładzie psychjatrycznym i wysyła zażalenia do prokuratora oraz telegramy do rodziny. Uważa się za prześladowaną i pokrzywdzoną przez rodzinę. Pobyt swój w Zakładzie tłómaczy tem, że rodzina ją odpycha. Z tego powodu czuje żal do krewnych i pragnie się uniezależnić od nich materjalnie i pracować w biurze Zakładu, lecz li tylko za wynagrodzeniem 300 złotych miesięcznie. Pacjentka jest bardzo pewna siebie i ma wygórowane mniemanie o swoich zdolnościach. Lubi samotność, bo „człowiek, będąc sam z sobą, jest w najlepszem towarzystwie." Głosów nie słyszy. Wszystko to opowiada z uśmiechem bez najmniejszego wzruszenia, twierdząc, że jej nikt nie popsuje humoru.

Dyskusja.

p. Piotrowski zwraca uwagę na poprawne zachowanie się pacjentki, na jej logiczną argumentację, na jej formalnie poprawną sprawność umysłową. Wyraźnych objawów chorobowych zaburzeń psychicznych, osłabienia umysłowego p. K. nie wykazuje. Jest to wszystko jednak poza, dysymulacja. Demonstrując chorą w stanie obecnym studentom lub sędziom, trudno byłoby w owym momencie wykazać wyraźne zboczenia psychiczne, któreby przekonały audytorjum, że ma przed sobą osobę psychicznie chorą, cierpiącą na psychozę przewlekłą. A jednak doświadczony psychjatra wyczuje u badanej chorobę psychiczną, chociaż badana swoje cierpienie ukrywa i energicznie protestuje przeciwko twierdzeniu, że jest chorą. Znawca zaś powinien utajone objawy chorobowe wydobyć na powierzchnię osobowości psychicznej. Fakt, że pacjentka jest psychicznie chorą, wynika z następujących okoliczności:

Z wywiadów wiemy, że p. K. nie mogła się nigdzie utrzymać, ani w domu, ani u obcych, miewała konflikty z otoczeniem, odosobniała się, nie uwzględniała postulatów życia społecznego, zachowywała się dziwacznie, jako nauczycielka nie stosowała się do przepisów obowiązujących i tłómaczyła się, że nie lubi być krępowaną; spóźniała się do służby, przychodziła do szkoły w dziwacznem ubraniu, w spodniach, nie przyjmowała pouczeń od przełożonych. W domu nie mogła gospodarować, dla tego jej ojciec musiał zarząd domu oddać w ręce służącej. W Zakładzie chora zachowuje się górnie, wyniośle, tajemniczo, jest nieufna, niechętna

do rozmowy, pytania zbywa ogólnikami, półsłówkami, odpowiada wolno, opornie, niezdecydowanie, nie trzyma się treści pytania, na pytania niewygodne uśmiecha się ironicznie, ironizuje też w stosunku do pytającego, albo go atakuje. Z badaną nie można przeprowadzić rzeczowej rozmowy lub dyskusji, albowiem pacjentka nie odpowiada konkretnie, a pytania omija. Najwięcej uderza szczegół, że p. K. nie okazuje najmniejszej modulacji afektywnej. Nastrój jej i stan wzruszeniowy jest zawsze ten sam, a jeżeli się zmienia, to afekt nie odpowiada treści myślowej; chora np. wybucha śmiechem w chwilach najmniej odpowiednich, np. kiedy się porusza sprawy wcale niewesołe, gdy się wspomina o jej przykrych stosunkach rodzinnych, o śmiertelnie chorym ojcu, o jej pobycie w zakładzie.

Ta sztywność i inadekwatność afektywna, dziwaczność w pojęciach i w myśleniu, niezdolność do systematycznej, logicznej pracy, niemożność utrzymania się w świecie, skłonność do odosobniania się cechują hebefreników. Badana cierpi na przewlekłą chorobę psychiczną w postaci hebefrenji i potrzebuje dla własnego i cudzego bezpieczeństwa oraz w celach leczniczych koniecznie opieki zakładowej. Stwierdzenie tej potrzeby jest niezbędne ze względu na okoliczność, że chora nie ma świadomości choroby, nie chce przyznać się do tego, że jest chorą i uważa się za pokrzywdzoną przez internowanie w zakładzie i z tego powodu wysyła skargi do prokuratora o pozbawienie wolności osobistej. Prokurator będzie mógł przeciwstawić się nieuzasadnionym żądaniom chorej o wypisanie z zakładu tylko wtedy, gdy psychjatra udowodni mu, że internowanie petentki jest koniecznie potrzebne ze względu na jej własne bezpieczeństwo i bezpieczeństwo publiczne.

p. **Bielawski** uznaje, że dla braku cech swoistych trudno jest stwierdzić tu, którą z podstawowych form Bleulerowskiej schizofrenji należałoby ustalić. Uderzającycm jest fakt, że nawet taką cichą formę zachorzenia, jaką przedstawia K., znamionują objawy kardynalnych właściwości hebefrenicznych, t. j. sztywność i inadekwatność afektywna.

p. **Gawroński** w słowie końcowem zaznacza, że pacjentka, gdy mówi — „ja im umyślnie robiłam takie psikusy, aby myśleli, że jestem chora“ — potwierdza sama, że nie zdaje sobie sprawy ze zboczeń w swojej osobowości i lekkomyślnie zrywa stosunki z członkami najbliższej rodziny w przekonaniu, że to oni są raczej psychicznie nienormalni. Najważniejszy problem stanowi w tym

przypadku kwestja, czy pacjentka będzie w stanie samoistnie żyć bez pomocy rodziny.

---

p. **Gawroński** przedstawia pacjentkę W., lat 35, dziedzicznie obciążoną. Rodzice spokrewnieni w drugim stopniu. Ojciec neurastenik, dwaj stryjowie psychicznie chorzy (p.p.).

W drugim roku życia W. chorowała na pavor nocturnus i odrę. Zamiłowana do nauki, lubiła matematykę, języki i historję. Była Zzekomo bardzo zdolną. W 20-tym roku chorowała na dysenterję. Od tego czasu dało się zauważyć nienawiść do rodziny i pierwsze objawy choroby psychicznej. Leczyła się we W. i w. B. w latach 1923—27, poczem nastąpiło pogorszenie. W stosunku do otoczenia wymagająca, bezwzględna, nieustępliwa, uparta i drażliwa. Miewała urojenia prześladowcze, zdawało jej się, że trują jej pokarmy, że ktoś niewidzialny zastrzykuje jej truciznę lub daje środki nasenne, wysysa krew, wyjmuje jej organy wewnętrzne, że nasyłają jej złych ludzi, od których nikt jej nie broni. Nie była zdolna do dłuższej systematycznej pracy.

Stan somatyczny i neurologiczny nie wykazują wyraźnych zmian patologicznych.

Stan psychiczny: strój chorej pretensjonalny. p. W. uzbrojona w olbrzymi nóż, który ma za pasem, przywiązany sznurkiem, orjentuje się dobrze co do czasu i otoczenia. Jako powód pobytu w zakładzie podaje, że rodzina ją uwięziła, by uniemożliwić jej szukania narzeczonego, że okazała jej w tym kierunku zbyt mało serca. Stąd podejrzewa, iż rodzice nie są wcale jej rodzicami. Jest przekonana, że ludzie chcą ją napaść w celach zgwałcenia, przyczem zaznacza z pewną dumą i zadowoleniem, że widocznie ma szczęście do mężczyzn, bo jest energiczna i dobrze sportowo wyrobiona. Słyszy głosy osób, których nie widzi. Twierdzi, że to pewno telepatja. Ubiera się 3—4 godziny, ponieważ ktoś ją wstrzymuje, do niej mówi i ona musi mu odpowiadać. Nóż nosi, aby obronić się od ludzi, którzy zachowują się jak „zdobywcy serc" i chcą ją zgwałcić. Dużo mówi, przeskakuje z tematu na temat, chwilami się podnieca, domagając się wypuszczenia na wolność, by móc pójść na policję, do której ma największe zaufanie.

Dyskusja.

p. **Bielawski** uzupełnia wywiad w ten sposób, że przedstawia chorą jako oligofreniczkę, gdyż znał rodzinę chorej i wie, że zawsze

wśród rodzeństwa za taką uchodziła. Akcentuje okoliczność, że wśród niektórych sfer istnieje niezdrowa tendencja zatuszowania wszelkich cech psychicznego upośledzenia w rodzinie. Uwzględniając, że i ta rodzina przemilczała okoliczność niedorozwoju psychicznego u chorej, należy z wielką rezerwą przyjąć dany wywiad jako zbytnio subjektywnie zabarwiony.

Psychoza rozwijała się powoli, znamionuję się omamami, a przedewszystkiem urojeniami natury prześladowczej i erotycznej. Psychoza daje okresy silniejszego podniecenia jak również względnego zmniejszenia nasilenia objawów chorobowych. Wobec tego p. Bielawski zapytuje, czy rozpoznanie „psychoza manjakalno-depresyjna" może wogóle wyczerpać obserwowany u chorej stan psychotyczny, czy przeciwnie nie należałoby raczej przyjąć, że okresy podniecenia mają cechy manji, są tylko objawem akcesoryjnym, zaś sama psychoza przedstawia się w ten sposób, że jeszcze najtrafniej można ją określić jako paranoid erotyczny na tle wielopostaciowej psychopatji.

p. **Piotrowski** wyraża opinję, że należy tu myśleć o psychozie manjakalno-depresyjnej z powodu cech manjakalnych. Przemawiają za tem symptomy zauważane u chorej, jak nastrój wesołopodniecony, gadatliwość, gonitwa myśli, a co za tem idzie, wzmożona ruchliwość i szybkość w działaniu i postanowieniach. Objawy te charakteryzują stan manjakalny i nie jest trudno na podstawie ich na pierwszy rzut oka rozpoznać manję. W tym przypadku jednak spotykamy się z symptomem akcesoryjnym w postaci omamów i urojeń. Urojenia te jednak nie są powiązane w pewien niewzruszony system, nie pozostają ze sobą w logicznym związku, mamy zatem wręcz przeciwną konstrukcję urojeń niż w paranoi. Wobec pewnej więc atypowości obrazu chorobowego należałoby tu przyjąć manję atypową.

p. **Gawroński** w słowie końcowem zaznacza, że ponieważ chora w okresie dotychchzasowego pobytu w D. jest stale pod wpływem słuchowych i wzrokowych halucynacji i że jej urojenia związane są z powstającemi halucynacjami, skłania się do djagnozy postawionej już u W. jako parafrenja fantastyczna. Natomiast nie zgadza się — jakkolwiek chora podczas posiedzenia znajduje się w stanie manjakalnego podniecenia — na rozpoznanie manji, a to z tego względu, że chora na oddziale względnie rzadko miewa stany podniecenia, a jeżeli jest podniecona, to raczej pod wpływem niepokojących ją halucynacji i urojeń.

POSIEDZENIE KLINICZNE LEKARZY W DZIEKANCE

z dnia 6. XII. 1927 r.

Przewodniczący: p. Piotrowski. Sekretarz; p. Galon.

p. Zajączkowski demonstruje dwóch chorych: J. K. — „histerja" i T. M. — „nerwica urazowa".

Na wstępie rzuca krótki rys nozologiczny nerwic z nieszczęśliwego wypadku — przymując ich podział według Kraepelina, na: 1) nerwice z przestrachu, 2) nerwice urazowe, 3) pieniactwo rentowe i 4) histerję urazową.

I. J. K., pomocnik murarski, lat 19, syn wyrobnicy. Ojciec nieznany. Przed 6 miesiącami obsunął się z rusztowania przy budowie domu i zawisł głową na dół między deskami. Po chwili został wyciągnięty przez kolegów. Przestraszył się bardzo, zaraz jednak powrócił do pracy. Po miesiącu zaczęły występować „napady", podczas których tracił przytomność, padał na ziemię, wyprężał się, zaciskał pięści, kiedyś w takim „napadzie" się podrapał. „Napad" zwykle trwał parę minut, poczem K. się podnosił i wracał do pracy. Napady te stawały się coraz częstsze, występowały parę razy na tydzień, z tego powodu został K. skierowany do zakładu psychjatrycznego.

Cieleśnie: głowa wieżyczkowata. Źrenice żywo reagują na światło i akomodację. Odruchy okostne i ścięgniste żywe, równe; czucie bez zmian.

Stan psychiczny: Pacjent jest w miejscu, czasie i sytuacji zupełnie zorjentowany. Badanie inteligencji wykazuje znaczne jej upośledzenie (mniejwięcej według skali Binet-Simona), t. j. poziom inteligencji 9—10. letniego dziecka. Pacjent dodaje, że w szkole nauka szła ciężko, wyszedł z trzeciego oddziału; najciężej szły mu rachunki. Matkę kocha bardzo — z kolegami nie chodzi, bo „mamusia by się gniewała". Z dziewczętami się nie zadaje, — bo „jest na to za młody". Uważa za przyczynę swej choroby — „przelęknięcie się"; o rencie nie myśli.

Przebieg: Podczas dwumiesięcznego pobytu w Zakładzie pacjent miał przez pierwszy tydzień dwa napady, następnie po dwóch tygodniach jeszcze jeden napad, a od 5 tygodni nie miał ani jednego napadu. Napady te opisują pielęgniarze jako chwilową utratę przytomności; K. upada i wypręża się,

po 1—2 minutach wstaje i zachowuje się zupełnie normalnie. Napady te występowały w dzień — nigdy w nocy. Pacjent nigdy się nie potłukł, języka nie przygryzł, moczu i kału pod siebie nie oddał.

K. czuje się dobrze, chętnie pracuje w ogrodzie, zachowuje się zupełnie zbornie. Prosi o zwolnienie do domu.

Wywiad, badanie i przebieg obserwacji — przemawiają za rozpoznaniem sprawy chorobowej u K. jako histerji. Możnaby tu pomyśleć jeszcze o epilepsji, przeciwko niej jednak świadczą: charakter napadów zupełnie nieepileptyczny, brak jakichkolwiek zmian psychicznych padaczkowych jak ekwiwalentów, stanów „absence" i charakteru padaczkowego, o czem świadczy cały przebieg choroby.

Wobec tego, że napady od 5 tygodni się nie pojawiają i pacjent chce powrócić do pracy, referent uważa za wskazane zwolnienie pacjenta z Zakładu. Ma się rozumieć, że trzeba się liczyć z nawrotem choroby w przyszłości w trudnych dla pacjenta warunkach, chociaż brak momentu podniecającego chorobę, jak chęci odszkodowania i walki o rentę, czyni rokowanie pomyślnem. Co do typu choroby, to jest to postać „histerji w określeniu Bernheima", którą tenże autor wyłącza z grupy psychonerwic i uważa jako postać chorobową specyficzną. Za poglądem Bernheima przemawiałyby w podobnych przypadkach przyznawania się psychoanalityków do zupełnej bezskuteczności psychoterapji i psychoanalizy, gdyż zrozumiałem jest, że objawy niepsychorodne nie mogą ulec wyleczeniu pod wpływem psychoterapji.

Jeżeli chodzi o umieszczenie tego przypadku w klasyfikacji nerwic z nieszczęśliwego wypadku (Kraepelin), referent uważa go za czystą postać histerji urazowej, nie powikłaną walką o rentę.

II. T. M., drobny przedsiębiorca, lat 40, żonaty. Przed dwoma laty, jadąc na rowerze z góry, upadł na szosę i rzekomo stracił przytomność. Po chwili ocknął się i wyruszył w dalszą drogę. W czasie upadku potłukł i podrapał głowę. Przez dwa tygodnie po tem leżał w łóżku. Od tego czasu czuje się chorym, narzeka na „szalone bóle i zawroty głowy", nie może pracować, gdyż zaraz mu się robi gorzej. Początkowo brał bardzo dużo lekarstw, chodził do różnych lekarzy, brał po kilkanaście proszków dziennie, nic jednak nie skutkowało.

Był tak zdenerwowany, że kiedyś rozbijał wszystkie meble, zrobił awanturę w magistracie. Po zaaresztowaniu zdemolował wszystko w celi więziennej, wreszcie został przesłany do zakładu psychjatrycznego.

Dowiadujemy się, że na kilka miesięcy przed wypadkiem ubezpieczył się w Tow. Ubezp. od wypadku na sumę 12.000 dolarów i że teraz, uważając się za niezdolnego do pracy, stara się o wypłacenie tego odszkodowania. Szkołę powszechną ukończył, ożenił się z miłości z zamożną panną. Finansowo stał dobrze, odgrywał nawet pewną rolę w życiu społecznem miasteczka K.

Badanie w dniu przyjęcia wykazało:

Cieleśnie: na prawem oku katarakta, źrenica lewa oddziałuje dostatecznie na światło i zbieżność. Ogólna hyperrefleksja. Silne drżenie rąk, języka i powiek.

Psychicznie: Dokładna orjentacja co do miejsca, czasu i sytuacji. M. zachowywał się zupełnie zbornie, rzekomo nie pamiętał, że był aresztowany i że potrzaskał meble w domu i w areszcie. Badanie inteligencji nie wykazuje znaczniejszych odchyleń od normy.

Przebieg: podczas dwuletniego pobytu w Zakładzie pacjent zachowywał się monotonnie. Chętnie zaczął pracować w stolarni i ostatnio doszedł w tem rzemiośle do dość dużej wprawy i umiejętności. Stale twierdzi, że do dawnej swej pracy jest niezdolny i od czasu do czasu narzeka na swe „szalone" bóle głowy. Sprawa rentowa do tej pory nie została załatwiona i M.. ciągle robi starania o wypłacenie mu odszkodowania.

Na podstawie wyżej opisanych wywiadów, badania i przebiegu obserwacji referent rozpoznaje u M. nerwicę urazową. Ważnem było by tu zorjentowanie się, czy nerwica ta nie jest powikłana z histerją, co zmieniłoby ewentualne leczenie i rokowanie w danym przypadku. Wobec tego, że u M. nie znaleziono cech niedorozwoju intelektualnego i że M. zupełnie dobrze sobie dawał radę w życiu i że nie udało się stwierdzić u niego żadnego psychologicznego powodu do „ucieczki w chorobę", sądzić należy, że zaburzenia chorobowe u M. są wywołane tylko urazem podczas wypadku i czerpią źródło energji w walce o rentę w jakichś chorobliwych, nieświadomych kompleksach. Dlatego też referent rokuje w danym

przypadku pomyślnie i sądzi, że według wszelkiego prawdopodobieństwa choroba, z chwilą pomyślnego załatwienia pretensji o rentę, wygaśnie i pacjent powróci zdrowy do dawnej swej pracy.

Referent zwraca uwagę na szkodliwość obowiązującego jeszcze w Wielkopolsce prawa niemieckiego o odszkodowaniu w formie renty miesięcznej, nie zaś jednorazowego zasiłku jak np. w Szwajcarji, gdyż pierwszy sposób załatwienia pretensji poszkodowanych stanowi ciągłe źródło nowych podsycań choroby i często doprowadza nawet do zupełnego zniedołężnienia pacjenta, manifestującego się w formie pseudodemencji pourazowej.

Dyskusja.

p. **Bielawski**, uwzględniając okoliczność, że uraz u pacjenta T. M. nastąpił wkrótce po zaasekurowaniu się chorego na grubszą sumę i że sam uraz był lekki, — sądzi, że mechanizm powstania nerwicy w przypadku danym różni się od najczęściej spotykanych. Zazwyczaj bowiem kiełkujące następczo objawy neurotyczne t. j. myśli, które się obracają dookoła chęci otrzymania renty, występują poraz pierwszy dopiero po urazie, sam zaś uraz nie jest ich wynikiem i nie jest udawany.

Twierdzenie chorego, że, padając z roweru stracił przytomność, należy brać z zastrzeżeniem. Rentowcy zazwyczaj agrawują, objektywne zaś badanie, dokonane bezpośrednio po urazie, kwalifikuje uraz jako lekki.

p. **Piotrowski**, zaznacza, że do kategorji nerwic rozpoznanej u pacjenta J. K. zaliczyć należy nerwicę z przestrachu. Chodzi tu o obraz choroby zaburzeń psychicznych i nerwowych, będących reakcją patologiczną na gwałtowny wstrząs psychiczny, jaki np. może spowodować trzęsienie ziemi, katastrofa kolejowa itp. Symptomem najsilniej występującym jest stupor, który przemija, pozostają zaś często dolegliwości neurasteniczne.

W przedmiocie patogenezy nerwic z wypadku zdania są podzielone. Jedni uważają nerwice jako zachorzenie funkcjonalne, Oppenheim zaś przyjmuje podłoże organiczne i twierdzi, że ciężkie urazy fizyczne działają często na mózg destrukcyjnie, wywołując w wyższych ośrodkach psychicznych zmiany molekularne, w szeregu przypadków bowiem obserwował on uszkodzenie naczyń krwionośnych i miljarne wybroczyny krwi.

Niektórzy przyjmują, że nerwica rozwija się tylko u ludzi z dyspozycją psychopatyczną — u oligofreników, neuropatów itp. i że ludzie ze zdrowym systemem nerwowym nie chorują na nerwice. Doświadczenia wojenne uczą, że naogół stwierdzono symptomy nerwicy urazowej u rannych, którzy z powodu słabego układu nerwowego byli usposobieni do zachorzeń nerwowych.

Ważną przyczynę rozwoju choroby stanowi także „walka o rentę". Pragnienie osiągnięcia jaknajwyższej renty, niepewność co do przyszłości, niechęć do pracy, obawa o obniżenie renty, brak woli i energji do pracy, tłumaczą często objawy nerwicowe. Słusznie zaznacza referent, że nasze ustawodawstwo rentowe jest wadliwe, a poniekąd nawet demoralizujące. Zejściem nerwicy urazowej może być niekiedy demencja wzgl. pseudodemencja traumatica sive posttraumatica. Prócz innych objawów charakterystycznych spotykamy często syndrom Gansera.

Przykrym objawem, odgrywającym wybitną rolę w nerwicach, jest ból głowy. Jest to wprawdzie symptom subjektywny, atoli nie mniej ważny od objawów objektywnych. Ponieważ nie posiadamy dostatecznego przekonywującego objektywnego kryterjum, którem moglibyśmy przeciwstawić się twierdzeniu, że głowa boli, przeto nie należy tego objawu nigdy lekceważyć nawet w przypadkach wątpliwych, nie wykazujących żadnych objawów chorobowych. Dewizą lekarza nie powinno być: „Ból głowy nię jest chorobą." Często towarzyszą bólom głowy łatwo rozpoznawalne znamiona objektywne jak bladość lub czerwona twarz, łzawienie, odmienne zachowanie się źrenic, drażliwość, smutek, wrażliwość na hałas.

Co się tyczy terapji nerwic urazowych, połączonych z walką o rentę, wskazane by było zmienić ustawodawstwo w kierunku jednorazowego znaczniejszego odszkodowania, by sprowadzić do minimum przypadki chorobowej walki o rentę.

Wystrzegać się należy stosowania metody Kauffmanna t. zw. „Überfallmethode", polegającej na stosowaniu bardzo silnych i bolesnych bodźców np. silnego prądu, ponieważ leczenie tego rodzaju zniechęca pacjentów do lekarzy, przytem jest ono mało skuteczne, a ew. pomyślne skutki nie są trwałe. Niekiedy silny prąd sinusoidalny może być niebezpieczny dla chorego i powodować nawet śmierć.

POSIEDZENIE KLINICZNE LEKARZY W DZIEKANCE
w dniu 9. I. 1928 r.

Przewodniczący: Al. Piotrowski. Sekretarz: St. Galon.

P. **Bielawski** przedstawia dwa przypadki sądowe: I. zabójstwo żony, II. zabójstwo męża.

I. M. S., robotnik, dn. 11. 8. 27, około godz. 15.ej, udał się z żoną na pole, by skosić owies gospodarza, u którego był zatrudniony, i zabrał z sobą kawał żelaza w zamiarze zabicia żony. W czasie pracy, w momencie, gdy żona była odwrócona do niego plecami, uderzył ją kilkakrotnie tem żelazem po głowie a następnie nieprzytomną ofiarę dusił za gardło, pozbawiając ją tym sposobem życia. Po dokonaniu czynu sprawca kosił dalej i wrócił do domu dopiero około godz. 18-ej. Tu zdradzał niepokój. Do swego chlebodawcy powiedział, by ten pojechał na pole po żonę jego, która została zabita, bo „podwinęła mu się pod kosę“. Świadkowie zeznali, że w domu podsądnego panowała nędza, że S. jest niezaradny i leniwy, że był z żoną w niezgodzie, że nosił się dawniej z zamiarem zgładzenia jej ze świata, że wyrażał się kilkakrotnie, iż „byłby ją zabił, gdyby wiedział, że nie będzie karany.“

Badanie wykazało pod względem cielesnym znamiona zwyrodnienia fizycznego, lekką nierówność źrenic i osłabienie wzroku, znaczne przytępienie czucia głębokiego, lekki Romberg, osłabienie odruchów ścięgnistych po stronie lewej, globulinę w płynie mózgowo-rdzeniowym, 3—4 białe ciałka krwi w polu widzenia, B.-Wassermann ujemny w płynie i we krwi. Badany podał, że miał kiłę, że miewał bóle głowy, mrowienie w kończynach, trudności przy oddawaniu moczu i kału. Pod względem psychicznym objawiał ubóstwo mimiki, osłabienie zdolności zapamiętywania i kombinowania, wzmożoną pobudliwość wzruszeniową.

Uwzględniając okoliczność, że sprawność krytyczna podsądnego ucierpiała nieporównanie bardziej niż pamięć, niż zdolność wykonywania mechanicznej pracy umysłowej (np. mnożenie), uwzględniając dalej zaburzenia neurologiczne, referent wyraził mniemanie, że badany jest psychicznie niedorozwinięty, że jednak obok niedorozwoju psychicznego istnieje jeszcze otępienie postępujące na tle kiły.

Wobec tego ref. przyszedł do wniosku, że S. z powodu

psychicznego upośledzenia w chwili dokonania czynu znajdował się w stanie niepoczytalności.

Dyskusja.

P. **Gawroński** zwraca uwagę, że S., jako głuptak, mógł popełnić czyn w patologicznym afekcie, który — jak wiemy — łatwo występuje u oligofreników, u których czynniki hamujące są wybitnie osłabione. Dalej, p. Gawroński zapytuje referenta, czy wobec tego, że zachodzi możliwość w danym wypadku istnienia jakiejś sprawy chorobowej postępującej, nie należałoby czekać z orzeczeniem, aż obraz chorobowy w pełni się nie rozwinie.

p. **Piotrowski** podnosi, że obecność globuliny w płynie m.-rdz. wskazuje na organiczną sprawę w centralnym systemie nerwowym. Ponieważ badany podaje, że miał syphilis, przeto nasuwa się myśl, że w tym przypadku globulina może być wyrazem procesu luetycznego, chociaż odczyn Wassermanna w płynie i w surowicy był ujemny. Wypada tu wspomnieć o doświadczeniach Mycosona zebranych z badań nad białkiem w płynie. Mycoson stwierdził, że w płynie paralityków, znajdujących się w stanie remisji, reakcja Wassermanna ustąpiła, podczas gdy białko pojawiało się stale. Stąd wnioskował, że w porażeniu postępującem pierwszym objawem chorobowym jest prawdopodobnie wzmożenie się ilości białka. Według tej koncepcji możnaby przyjąć, że podsądny cierpi na paraliż postępujący. Należy jednakże mieć na uwadze fakt, że białko pojawia się także w cierpieniach mózgu nieluetycznych. Wobec tego sama obecność białka w płynie m.-rdz. nie ma charakteru specyficznego; objaw ten niekoniecznie przemawia za paraliżem postępującym wzgl. za jakiemkolwiek zachorzeniem luetycznem mózgu lub rdzenia. O charakterze syfilitycznym cierpienia rozstrzygają inne czynniki patologiczne. Pozostaje więc do zbadania sprawa pochodzenia globuliny w płynie podsądnego. Nie jest wykluczonem, że badany w dzieciństwie przechodził proces zapalny mózgu, w następstwie czego pozostało upośledzenie umysłowe oraz globulina w płynie jako zalegający objaw serologiczny.

Rozpoznanie głuptactwa wzgl zachorzenia kiłowego mózgu, choćby w postaci porażenia postępującego, nie przesądza kwestji niepoczytalności w myśl § 51 k. k. Paragraf ten wymaga czegoś więcej: mianowicie kryteryj ilościowego określenia przejawów psychopatologicznych. Aby sprawcę uznać za niepoczytalnego, jego stan chorobowy musiałby być tak ciężki, że wykluczałby wolną

wolę. Wprawdzie § 51 k. k. nie wymaga stanów, wykluczających wszelką wolę, lecz wymaga, aby sprawca był pozbawiony świadomości co do charakteru czynu karalnego wogóle i co do skutków czynu karalnego dla osoby poszkodowanej.

Jako chorobowe zaburzenie czynności psychicznych w myśl § 51 k. k. należy uważać wszystkie te zachorzenia psychiczne, które powodują, że chory na czas dłuższy lub krótszy odbiega w znaczym stopniu od stanu normalnego. Do takich zaburzeń należą np. manja, melancholja, porażenie postępujące i otępienie starcze **w pełnym rozwoju,** kiła mózgu, **o il jej towarzyszą ciężkie zaburzenia psychiczne,** dalej, **jaskrawe** przypadki schizofrenji, obłęd ostry i chroniczny, idjotyzm i **ciężkie** postacie głuptactwa.

Pozatem należą do tej kategorji stany graniczne jak lżejsze przypadki epilepsji, histerji, głuptactwa, zwyrodnienia, **o ile chory w chwili krytycznej znajduje się pod wpływem działania osobliwych szkodliwości zewnętrznych** jak np. zatrucie alkoholem, gwałtowne zaburzenie afektywne itp.

Biorąc pod uwagę poprzednio wyszczególnione kryterja, dojdziemy do następujących wniosków:

Podsądny jest psychicznie niedorozwinięty, t. zn. jest oligofrenikiem-głuptakiem. Jego upośledzenie **nie** należy do ciężkich postaci głuptactwa; jeżeli S. podczas badania robił wrażenie osobnika otępiałego, to stan ten należy tłómaczyć pewnem zahamowaniem w postaci stuporu sytuacyjnego, który łatwo występuje u osób niedorozwiniętych w położeniu tak przykrem, w jakiem się znajdował podsądny. Jako głuptak ciężkiego stopnia S. nie byłby ukończył szkoły ludowej, nie byłby się tak długo utrzymał w społeczeństwie nie byłby mógł zarabiać na życie. Przeciwnie, podsądny mimo osłabienia umysłowego brał udział w życiu publicznem w pewnym ograniczonym zakresie, ukończył szkołę ludową, był na czas u 1-ej komunji św., ożenił się i zarabiał na życie. Podsądny należy więc do typu głuptaków lżejszego stopnia. W czasie krytycznym nie znajdował się pod wpływem działania osobliwych szkodliwości zewnętrznych. Podsądny miał świadomość istoty czynu karalnego, co wynika z oświadczenia jego wobec świadków, że byłby żonę zabił, gdyby wiedział, że nie będzie karany.

Nawet gdybyśmy przyjęli, że S., obok głuptactwa, ma porażenie postępujące albo jakąkolwiek chorobę kiłową mózgu, to mogłaby być mowa o jego niepoczytalności w chwili krytycznej tylko wtedy, gdyby istniały dowody na okoliczność, że choroba paraliżu

postępującego znajdowała się w pełnym rozwoju wzgl. że kile mózgu towarzyszyły ciężkie zaburzenia psychiczne. Nic podobnego nie dało się stwierdzić. Pozatem, motywymorderstwa, popełnionego przez S., nie wypływają z jakiejś choroby psychicznej lub z jego niedorozwoju; są one zasadniczo normalne, wytłómaczalne psychologją normalną; starsza od niego o lat kilkanaście żona sprzykrzyła mu się i, aby jej się pozbyć, pozbawił ją życia. To jest proces psychologiczny prawidłowy. I mąż psychicznie zupełnie zdrowy może w ten sposób pozbyć się znienawidzonej żony. Czyn podsądnego nie zawiera żadnych chorobowych pierwiastków. Aby zilustrować czyn karalny, wypływający z motywów chorobowych, p. Piotrowski przytacza przypadek pewnej szwaczki, która przy zupełnie zachowanej, prawidłowej sprawności umysłowej doznawała halucynacyj czuciowych, które określała jako prądy elektryczne i uroiła sobie, że prądy te pochodziły od maszyny do szycia. Aby się uwolnić od rzekomych prądów, szwaczka zdemolowała maszynę, pozbawiając się tym sposobem warsztatu pracy. Niedosyć na tem. Gdy przechodziła koło składu maszyn do szycia, przyczem odczuwała znów owe prądy, wtargnęła do składu i zdemolowała maszyny w przekonaniu, że niepokojące ją prądy pochodzą z wystawionych maszyn. W tym przypadku czyn był wypływem chorobowych zaburzeń czynności psychicznych, które wykluczały wolną wolę.

U podsądnego S. jednak nie było takich objawów chorobowych, któreby mogły uchodzić za przyczynę morderstwa. Wobec tego p. Piotrowski przychodzi, w przeciwieństwie do p. Bielawskiego, do wniosku, że w przypadku S. nie zachodzą kryterja z § 51 k. k., t. zn. że S. w chwili dokonania czynu karalnego nie znajdował się w stanie nieprzytomności lub w stanie chorobowych zaburzeń czynności psychicznych, któreby wykluczały jego wolną wolę.

W odpowiedzi p. Gawrońskiemn p. Piotrowski zaznacza, że nie ulega wątpliwości, że u S. w chwili popełnienia czynu strona afektywna odgrywała także pewną rolę, gdyż każdej myśli, każdemu poczynaniu towarzyszy stale adekwatny afekt; afekt sprawcy był zupełnie współmierny do sytuacji i gdyby nie było afektu adekwatnego, przemawiałoby to za stanem chorobowym schizofrenicznym. Okoliczności towarzyszące popełnieniu zbrodni i fakt, że S. oddawna nosił się z zamiarem zabójstwa żony, wykluczają istnienie afektu patologicznego, który z natury rzeczy wybucha nagle, gwałtownie i trwa zwykle krótko. Dalsza obserwacja podsądnego, którą proponuje p. Gawroński, jest zbyteczna z tego powodu, że nawet póź-

niejsze spotęgowanie się objawów chorobowych nie może wpłynąć na ocenę stanu psychicznego sprawcy w chwili dokonania czynu karalnego.

W końcu p. Piotrowski zwraca uwagę na fakt, że w przypadku S. spostrzegamy tak często w podobnych zbrodniach powtarzające się zjawisko, że zbrodniarz najprzód ubezwładnia ofiarę swą ogłuszeniem, bijąc ją po głowie.

P. **Bielawski** w słowie końcowem akcentuje, że intelektualne ubóstwo oskarżonego jest bardzo znaczne. Rzuca się ono w oczy nietylko znawcy, lecz spostrzegają je pierwsi laicy — inspektor więzienia i adwokat. Ponieważ wiadomem jest, że S. ukończył jednak szkołę ludową, wyszedł z klasy najwyższej, należy przeto myśleć w wypadku danym nietyle o niedorozwoju, ile o otępieniu, które wyłoniło się po ukończeniu szkoły. Przemawia za tem również fakt, że zdolność krytyczna jest nieporównanie bardziej tu upośledzona niż zdolność do mechanicznej reprodukcji zdobytego dawniej zasobu wiadomości. Głuptactwo jest grupą chorób, a niektóre jej postacie z przyczyny czynnego w mózgu stale ogniska chorobowego (np. ukrytego procesu zapalnego, zwyrodnieniowego, ucisku na mózg itp.) powodują nie zahamowanie rozwoju, lecz wręcz postępujące coraz bardziej otępienie.

Niektóre momenty z anamnezy jak również pewne zmiany w układzie nerwowym każą myśleć o możliwości kiłowej sprawy mózgu i rdzenia w przypadku omawianym.

Co się tyczy sądowego orzeczenia, referent wyraża mniemanie, że istnieją tu bardzo poważne wątpliwości co do poczytalności sprawcy. Psychologiczne okoliczności czynu jak również zachowanie się sprawcy przed zabóstwem żony przemawiają za tak wysokim stopniem osłabienia krytycyzmu sprawcy, że jego wyrażenie się do świadków, przed zajściem, — „gdybym wiedział, że nie będę karany, to bym ją zabił“ — odpowiada całkowicie poziomowi jego inteligencji. Innemi słowy, jest prawdopodobnem, że hamulec natury socjalnej — strach przed karą — mógł u S. nie istnieć wzgl. być bardzo osłabiony. W ten sposób odpada jeden z zasadniczych momentów prawidłowego stanowienia; czyn rodzi się nieprawidłowo, to jest — w stanie niepoczytalności.

P. Gawrońskiemu odpowiada referent, że zwłaszcza w przypadkach ekspertyzy sądowej nie sposób jest wyczekiwać na dostateczne rozwinięcie się choroby już dlatego, że niektóre postacie

kliniczne nie osiągają wręcz dostatecznej wyrazistości, sąd zaś nie może do nieskończoności odwlekać sprawy.

II. Z. W., lat 31. Dnia 16. 6. 1927 r., W. pozbawiła życia swego męża w ten sposób, że w czasie snu uderzyła go kilkakrotnie tępem narzędziem (kawał drzewa) po głowie, powodując załamanie czaszki, następnie uderzyła go jeszcze raz przez piersi, powodując załamanie mostka.

Z wywiadów wynika, że podsądna w dzieciństwie rozwijała się prawidłowo. Szkołę ukończyła z niezłym wynikiem. W domu rodzicielskim często były kłótnie, ponieważ ojciec pił. Cioteczna siostra podsądnej jest psychicznie chora i przebywa w zakładzie psychjatrycznym. Mając lat 15, W. cierpiała na napady omdlenia z utratą świadomości; po napadzie nie pamiętała o tem, co się stało. W 16-ym roku życia wyszła zamąż wbrew swej woli, ulegając jedynie namowom matki. W roku 1919 wyjechała z mężem do Westfalji. Z tamtąd napisał mąż do rodziny, że żone jego dostała „obłędu" i że znajduje się w klasztorze na kuracji, że jest niedostępna, zdziera z siebie ubranie i musi być trzymana w celi. Wkrótce się uspokoiła; niedługo jednak nastąpił nawrot psychozy. Gdy W. powróciła do kraju, rodzina zauważyła, że „nie jest ona prawidłowo z rozumem", zaniedbywała gospodarstwo, stała się zupełnie obojętną wobec dzieci, wyrażała się nawet: „ja nie potrzebuję tego świństwa", wpływała na dzieci demoralizująco, uczyła je żebrać i kraść; z tego powodu odebrano jej dzieci i oddano do domu wychowawczego. W. mówiła niekiedy niedorzeczności; razu pewnego zażądała od brata pieniędzy wołając: „Ty wiesz przecież, żeś wpłacił na Schwarzen Adler w Rawiczu . . . Das gelbe Haus (dom siostry) będzie też mój . . . W. umrze, a ja przyjdę na wyższy stołek, za urzędnika, za aptekarza." Rodzina wyraziła przekonanie, że W. conajmniej od powrotu z Westfalji nie była umysłowo normalną.

W sprawie zabójstwa męża podsądna podaje m. in. następujące szczegóły.

„Do zabicia zmusiła mnie okoliczność, że mąż . . odnosił się do mnie wrogo, poniewierał i bił mnie, nie przysyłał dość gotówki, abym mogła się utrzymać . . . miał stosunek miłosny z inną kobietą, z tego stosunku urodziło się dziecko. Mąż stale wymawiał mi, że dzieci żebrzą. Kiedyś pobił mnie powrozem i wziął powróz ze sobą do łóżka. Ja usiadłam w sypialni na krześle przy oknie i rozmyślałam nad tem, co mam uczynić. Postanowiłam pozbawić go życia. W tym celu przyniosłam z podwórza kawał drzewa,

uderzyłam go cztery razy przez głowę..... tak silnie, że już nie wstał. Dla pewności, ażeby był faktycznie zabity, uderzyłam go całą siłą, za pomocą szczapy, przez pierś. Trupa obmyłam, rozerżnęłam koszulę, ściągnęłam ją i krew sprałam. Następnie też usunęłam ślady krwi z poduszek. W czasie zabójstwa spał razem z mężem w jednem łóżku pięcioletni syn Władysław, którego po zabójstwie ułożyłam u nóg trupa."

Świadkowie zeznali, że W. „niejedokrotnie warjowała i mówiła czasami nie do rzeczy i o sprawach takich, które wogóle nie istniały", że się odgrażała, iż męża zabije, „że honor będzie miała, że chłopa zabiła", że jej potrzeba młodego „gibosa", czasami wyskakiwała przez okno na dach i „figle stroiła". W dniu krytycznym chodziła z młotkiem i mówiła, że kto jej pod rękę przyjdzie, tego „zatrzaśnie." W dzień po zabójstwie wezwała sąsiadkę, aby zobaczyła męża, który rzekomo dostał kurczów i potrzaskał się o róg stołu i kąt łóżka.

Pod względem cielesnym i nerwowym W. nie wykazała wyraźnych odchyleń od normy. Odczyn B. Wassermanna w płynie i w krwi był ujemny.

Badana początkowo bierna, niekiedy oporna, w przeciągu całego czasu obserwacji wykazywała stale pewną tępotę uczuciową, nie oddziaływała wzruszeniem na żadne podniety, np. na uwagi o zbrodni, dzieciach itp.

Badania można było przeprowadzić tylko z wielkiemi trudnościami, ponieważ badana nader niechętnie odpowiadała, zbywała półsłówkami. Najczęściej milcząca, uśmiechnięta, wysiadywała godzinami tam, gdzie się ją posadziło, nie wyrażała żadnych życzeń, nie zawierała kontaktu ani z choremi ani z personałem. Bywały okresy, w których badana odpowiadała w sposób wręcz niedorzeczny. Wszystko mówiła z niezmiennym uśmiechem, zarówno wtedy, gdy w rozmowie poruszano sprawy dla niej ważne, wzruszające normalnego człowieka, jak też wtedy, gdy temat był obojętny. Raz tylko W. była podniecona w ruchach i mowie, nie chciała rano wstać i ubrać się, odgrażała się, że wszystkich pozabija, że potłucze szyby, poniszczy sprzęty, że żąda zwolnienia „z tego. domu", bo jej tu „chcą ręce powykręcać."

Referent na podstawie zebranego materjału przychodzi do wniosku, że W. cierpi na przewlekłą chorobę psychiczną w postaci hebefrenji, wobec czego orzeka, że badana znajdowała się w chwili popełnienia karalnego czynu w stanie takiego chorobliwego zabu-

rzenia czynności umysłu, który to stan wykluczał jej zdolność swobodnego kierowania wolą.

Dyskusja.

P. Piotrowski zwraca uwagę na mongoidalne rysy badanej, na jej twarz bezwyrazistą, na ubogą, monotonną mimikę, na ubóstwo ruchowe.

Pod względem psychicznym uderza skłonność chorej do fantazjowania (pseudologia phantastica) i do odpowiedzi okólnych, t. zw. „Vorbeireden."

Podsądna nie okazuje adekwatnych reakcji wzruszeniowych, uśmiecha się tylko głupkowato nawet wówczas, gdy jej się zadaje pytania o treści przykrej, smutnej, ponurej, jak sprawa zamordowania męża, kara śmierci, szubienica, więzienie, lub też pytania o zabarwieniu tkliwem jak miłość macierzyńska, wychowanie i przyszłość dzieci. Czasami podsądna wybucha nagle śmiechem, niuzasadnionym okolicznościami zewnętrznemi. Śmiech ten zwykle okazuje się odczynem niewiadomo na co, reakcją powierzchowną.

Jedynie tematy seksualne niekiedy wywołują u badanej nieznaczne wzruszenie w postaci zadowolenia.

Ten brak współmiernych odczynów wzruszeniowych świadczy o sztywności afektywnej. Obojętność dla najżywotniejszych spraw, dotyczących własnej osoby, obojętność dla otoczenia, dla własnych dzieci, brak zainteresowania światem zewnętrznym, skłonność do zasklepiania się — to charakterystyczne cechy otępienia afektywnego. Ubóstwo myślowe i nieład w kojarzeniu myślowem są wyrazem osłabienia umysłowego.

Sztywność oraz otępienie afektywne, zaburzenia kojarzeniowe charakteryzują osobę cierpiącą na chorobę psychiczną dementia praecox, czy to w formie hebefrenji, czy też w innej postaci.

Powyżej wspomniane objawy psychotyczne uwypuklają się wyraźnie u podsądnej. Mamy tu więc jaskrawy przypadek psychozy dementia praecox. Każda jaskrawa forma choroby dementia praecox powoduje chorobowe zaburzenia czynności psychicznych, które wykluczają wolną wolę w myśl § 51. k. k.

Ponieważ W. cierpi na jaskrawą formę psychozy dementia praecox, podporządkowuje się pojęciu o chorobowych zaburzeniach czynności psychicznych, wykluczających wolną wolę. Chodzi o kwestję, czy podsądna była niepoczytalna w chwili dokonania czynu karalnego.

Choroba psychiczna dementia praecox jest psychozą przewlekłą, pojawia się w młodości i rozwija się powoli, nieznacznie, stopniowo albo występuje w okresowych napadach chorobowych, trwających czas dłuższy lub krótszy. Każdy następny napad chorobowy pozostawia ślady w postaci spotęgowanego ogólnego osłabienia i spaczenia władz psychicznych. Nawet w okresach wolnych od ostrych objawów psychotycznych chory, cierpiący na dementia praecox, jest nieobliczalny i nikt nie może przewidzieć, co chory zamyśla uczynić i co zrobi. Chory sam tego nie wie. To też tego rodzaju typ jest uznawany za trwale niepoczytalny.

U W. choroba pojawiła się przed dziewięciu laty i trwa do dnia dzisiejszego. Według zeznań świadków, podsądna w czasie krytycznym, t. j. w czerwcu 1927 r. wykazywała objawy psychotyczne.

P. Piotrowski konkluduje, że W. cierpiała na chorobę psychiczną w postaci dementia praecox już w chwili dokonania czynu karalnego i znajdowała się także wówczas w stanie chorobowych zaburzeń czynności psychicznych, który wyklucza wolną wolę w myśl § 51 k. k.

POSIEDZENIE NAUKOWE LEKARZY W DZIEKANCE Z UDZIAŁEM GOŚCI

dnia 17. I. 1928 r.

Przewodniczący: p. Piotrowski. Sekretarz: p. Galon.

P. **Bielawski** wygłasza referat na temat: O zbrodni i zbrodniarzu.

Referent akcentuje potrzebę dokładnej znajomości psycho logji porównawczej dla wniknięcia w istotę zjawisk wyłamywania się pewnej ilości jednostek z reguł normujących życie ogółu — życie społeczeństwa. Mylnem jest zdanie,. że przestępstwo jest zagadnieniem natury społecznej. Stosunek zbrodniarza do społeczeństwa wyrasta z biologicznego zjawiska — stosunku zdegenerowanych, zcharlałych, niezdatnych do podążenia za rozwojem gatunku. Za koncepją taką przemawia właśnie fakt, że przestępca rekrutuje się prawie wyłącznie z pomiędzy biologicznie mniej wartościowych jednostek społeczeństwa. Dlatego więc i w naszej dobie pogląd Lombroza — z zastrzeżeniem, że nie ma się tu na

myśli jakiegoś typu biologicznego — zachował bezsprzecznie swą wartość.

Dalej referent w krótkim rzucie oka na rozwój życia gatunku ludzkiego wykazuje, że tkwiąca dziś w podstawach prawa karnego zasada odpłaty czerpie natchnienie z utworzonego na zaraniu życia człowieka na ziemi w jego psyche — aktywnego odruchu w stosunku do czynników mu szkodzących. Ów odruch niszczenia źródła szkody i dolegliwości w dalszej ewolucji przekształca się w reakcję zemsty za szkodę osobistą, a wreszcie zostaje przyjęty przez czynniki wykonywujące władzę nad rodem, gromadą i społeczeństwem i tworzy istotne ogniwo w systemie karno-prawnego porządku, aż do doby dzisiejszej. Inny sposób ujęcia ewolucji pojęcia prawniczego odpłaty społecznej, mianowicie wyprowadzenie jej z koncepcji rozumowych, które miały by rzekomo powstać pierwotnie ze zbiorowości, nie zaś u jednostki, — uważa referent za błędne.

Referent zastanawia się nad wytworzonem w prawie karnem pojęciem poczytalności, Owe pojęcie weszło do systemu prawniczego stosunkowo niedawno (od czasu wielkiej rewolucji) i służyć ma jako zasadnicza korektywa do odpowiedzialności. Przedtem bowiem czyn karalny a karę łączył zgoła przedmiotowy związek przyczynowy; odtąd nie wystarcza już dla stwierdzenia odpowiedzialności karnej, by czyn został objektywnie „przypisany“ sprawcy, musi on być „poczytany sprawcy za winę“. Rozpatrując pojęcie poczytalności oraz definicji psychicznych stanów, które ją uchylają, przychodzi referent do wniosku, że wprowadzeniem tych pojęć w system prawa karnego nie można sprostać zasadzie subjektywizmu w prawie karnem, co więcej — istniejące definicje niepoczytalności, zarówno w ustawach jak też w odnośnych kryminologicznych dziełach, nie są takie by mogły objąć wszelkie chorobowe stany psychiczne, które rodzą czyn prawem zakazany. To też przyczyny nieścisłości, a niekiedy wręcz — sprzeczności pomiędzy zasadą ogólną systemu prawniczego a jej praktycznem zastosowaniem w życiu, którego wyrazem jest ustawa, — należy szukać nie w redakcji odnośnych ustaw, lecz — w zbyt scholastycznym, od życia oderwanym, sposobie ustalenia norm podstawowych, mających regulować stosunek jednostki do otoczenia.

Koncepcja odwetu jest przestarzałą, a jej konsekwentne uwzględnienie przy wymiarze kary krzyżuje się niekiedy wręcz z interesami samego właśnie społeczeństwa. Referent usiłuje udo-

wodnić, że rozwiązanie zasady porządku prawno - karnego na podstawach czysto utylitarnych jest bezwzględnie bardziej racjonalne i przekreśla cały szereg formalnych i materjalnych trudności i przeszkód do racjonalnego traktowania tego szkodnika społeczeństwa, jakim jest przestępca. Dla psychjatry rozwiązanie takie byłoby oczywiście jaknajbardziej pożądane już dlatego, że wówczas przedstawiciele tej nauki nie mieliby trudności w porozumiewaniu się z przedstawicielami prawa karnego, jako że zarówno ci jak i tamci staliby na jednym gruncie empiryczno-utylitarystycznym. Dotąd przeciwnie, nauka prawa karnego, która tworzyła system pojęć, odseparowany od zewnętrznych, sprzecznych z tym systemem wpływów, nie mogła mieć wspólnego języka do porozumiewania się z przedstawicielami nauk przyrodniczych, zwłaszcza zaś — psychopatologami. Nietrudno też widzieć, że tak trudne dotąd do rozwiązania zagadnienie niepoczytalności (przy oparciu prawa na zasadach wyłącznie praktycznego sposobu zwalczania przestępstwa i zabezpieczania się przed przestępcą) traci oczywiście na swej aktualności; ważniejszą bowiem od niego staje się sprawa ustalenia, czy przestępca potrafi skorzystać z zaaplikowanego czynnika represji, jako środka naprawy — środka do przywrócenia wzgl. ustalenia pierwiastków psychicznych powstrzymujących go przed konfliktami z prawem karnem.

Dyskusja.

P. prokurator Sobiecki zaznacza, że podstawa prawa karania oraz cel kary wynika z obowiązku społeczeństwa wzgl. państwa utrzymania porządku prawnego i bezpieczeństwa publicznego. Zatem celem kary musi być — prócz historycznego i biologicznego momentu odwetowego — moment odstraszający, oraz unieszkodliwiający przestępcę, w nowszych zaś czasach wyłonił się też moment poprawczy.

Polityka kryminalna winna zwalczać zbrodnię jako objaw choroby socjalnej rozumną polityką socjalną.

P. prof. Biesiekierski wypowiada zdanie, że jakkolwiek doświadczenie stwierdza, że każdy zbrodniarz popełnia z całą świadomością zbrodnię, nie każdy jednak człowiek dopuszczający się zbrodni jest zbrodniarzem.

Czyn zaś zbrodniczy, który powstał wobec braku refleksji rozumowej, łączy się zwykle z nielojalną żądzą cudzego dobra i przewagą czynników emocjonalnych.

Wszelka zbrodnia jest irracjonalna, bez względu na to, czy poprzedza ją premedytacja, czy kompleks odruchów, do jakich na-

leżą popędy natury skażonej lub zwyrodniałej, będzie więc wyrazem konsekwencji i rozsądku, stopniowym, lecz ciągłym i coraz doskonalszym rozwojem umysłu i poczucia godności rozumu w ścisłym związku z rozwojem charakteru i woli — doskonalić jednostki, dla których dobro ogółu winno być maksymą poczynań. Takie czynniki wychowawcze są rękojmą postępu i równowagi społecznej.

Psychologja zbrodni więźniów, znanych mówcy osobiście, rzuca trochę światła na ten problem wychowania„ którego podstawą ma być rozum.

P. Piotrowski zwraca się przeciwko tendencjom omawiania tematów tego rodzaju co kryminologja przez niefachowców. Psychjatra nie jest fachowcem w kryminologji. Do rozpatrywania zagadnień kryminologicznych jest potrzebne gruntowne wykształcenie i doświadczenie kryminologa, tak samo jak konieczną jest głęboka wiedza i długoletnie doświadczenie psychjatry do wyświetlenia zawiłych zjawisk psychjatrycznych, do czego znowu nie wystarczy wykształcenie tylko kryminologiczne. Mimo wielkiego szacunku dla nauk psychjatrycznych mówca nie jest przekonany o tem, jakoby psychjatra bez gruntownego przygotowania kryminologicznego miał dostateczną podstawę do zabierania decydującego głosu w sprawach kryminologicznych. Inne są bowiem kryterja myślenia kryminologa, inne są kryterja myślenia psychjatry.

Psychjatrja zawiera wiele prawd jeszcze niewyjaśnionych dostatecznie i przedstawia dla poszukiwaczy prawd bogate pole do badań naukowych. Pocóż więc psychjatrze opuszczać tę dziedzinę, właściwą dla dociekań psychjatrycznych, i pocóż przechodzić na pola obce, których uprawa w szczegółach nowicjuszowi nie może być dostatecznie znaną?

W konsekwencji powyższego założenia mówca nie zabiera głosu w przedmiocie zasadniczym wygłoszonego przez p. Bielawskiego referatu, który nasuwa niejedno zastrzeżenie, i ogranicza się do kilku uwag o znaczeniu psychjatrycznem, mianowicie nie zgadza się z referentem, jakoby absolutny determinizm, na którym w swoich wywodach tak silnie opiera się referent, stanowił jedyny grunt — ten niezachwiany rocher de bronze — wiedzy przyrodniczej, jaką jest psychologja. Przeciwnie, niektórzy psycholodzy są zdania odmiennego od opinji prelegenta. Nie uznają oni wprawdzie istnienia wolnej woli w znaczeniu bezprzyczynowej dowolności postępowania, ponieważ koncepcja ta nie znajduje potwierdzenia w doświadczeniu, ale dla braku przekonywujących dowodów empirycz-

nych nie uznają także absolutnego determinizmu w rozumieniu zależności całkowitej czynów od wpływów zewnętrznych przy zupełnej bezsilności czynników wewnętrznych, i wysuwają jako postulat najbardziej odpowiadający doświadczeniu koncepcję deterministycznego indeterminizmu, czyli dokładniej — determinowanego indeterminizmu.

Jeżeli na rozprawach sądowych zachodzą niekiedy nieporozumienia między biegłym-psychjatrą a sądem, to przyczyny nieporozumień nie należy dopatrywać się w wadliwej ustawie, lecz w niedostatecznej znajomości tej ustawy przez biegłego. Biegły jest pomocnikiem sądu w ustaleniu prawdy i jako taki powinien dokładnie znać odnośne przepisy, a przedewszystkiem ich istotę, sens i znaczenie jako też wymagania praktyki sądowej. Choćby przepisy prawne były najdoskonalsze, nieporozumienia będą na porządku dziennym, jeżeli biegły nie rozumie, o co sądowi chodzi. Nie sąd jest zobowiązany znać kryterja myślenia psychjatrycznego, lecz psychjatra, w roli sądowego biegłego, powinien nauczyć się myśleć kryterjami sądu, powinien mieć zrozumienie dla stanowiska prawnego, uwzględnić w orzecznictwie postulaty ustawy i przystosować swoje orzeczenie do tych postulatów.

P. prof. Biesiekierskiemu — w przedmiocie instynktu — p. Piotrowski odpowiada, że instynkt jest jednostronnie rozwiniętym popędem, uniezależnionym od czynności rozumu. Instynkt powoduje ruchy celowe bez istnienia świadomej celowości. Instynkt złożony da się wytłómaczyć jako wynik rozwoju pierwotnego prostego popędu, który się w ciągu licznych generacji coraz więcej różniczkował wskutek stopniowego ustalania się odziedziczonych indywidualnych przyzwyczajeń. Każde nowe przyzwyczajenie stanowi wyższy stopień rozwoju i jako czyn dowolny przez psychologiczny proces ćwiczenia zmienia się w ruch automatyczny, który bezpośrednio i odruchowo następuje, gdy działa odpowiedni bodziec.

Co do niepoczytalności, p. Piotrowski zaznacza, że niepoczytalność nie jest następstwem stanu nieświadomości, jak przyjmuje p. prof. Biesiekierski. Świadomość może być zachowana, a sprawca niepoczytalny. Nietylko brak świadomości prowadzi do niepoczytalności, lecz różne chorobowe zboczenia psychiczne mogą powodować niepoczytalność sprawcy mimo zachowanej świadomości.

P. **Bielawski** w słowie końcowem odpowiada p. prof. Biesiekierskiemu, że istnieją typy przestępcze, które dopuszczają się

czynu karalnego z przyczyny zwyrodnienia psychicznego (wyjątkowo ciężkiej psychopatji).

P. prokuratorowi Sobieckiemu odpowiada referent, że ostatnio spotykane nowele prawno-karne, zalecające w całym szeregu przypadków odstąpienie od kary (warunkowe ułaskawienie, warunkowe zawieszenie kary) świadczą wyraźnie o tem, że moment odwetu w prawie karnem nie jest ani niezbędny ani potrzebny. Oparcie ustawy karnej na systemie praktycznej walki z przestępstwem zdobywa coraz więcej zwolenników już wśród samych kryminologów.

Referent dalej wyjaśnia, że przez twierdzenie o wyjątkowo poważnej roli, jaką odgrywa w przestępstwie czynnik biologiczny (rozlicznego typu psychopatje, zwyrodnienia i lżejsze zaburzenia psychiczne) nie wraca bynajmniej do jakiegoś lombrozowskiego typu przestępcy, gdyż typu takiego niema, tylko stwierdza fakt, że cały szereg najróżnorodniejszych momentów natury biologicznej, powodujących utratę plastycznej zdolności człowieka do przystosowania się do wymagań ogółu, sprawia, że owe czynniki biologiczne wśród innych czynników, wywołujących zbrodnię, stanowczo dominują. Na twierdzenie to referent przytacza dowody cyfrowe, zaczerpnięte z własnej statystyki badań więźniów w więzieniu śledczem w G.

P. Piotrowskiemu prelegent odpowiada, że wychodzi z założenia, iż kryminologja, która musi mieć za swe zadanie wyszukanie racjonalnych dróg do walki z przestępstwem i oprzeć się winna na głębokiej znajomości psychologji przestępcy, — w tej części zatem jest nauką, która winna uwzględniać dane wiedzy empirycznej (przyrodniczej). Kryminologja nie jest więc nauką systematyczną w pełnem tego słowa znaczeniu, to zn. nie może ona tworzyć systemu zamkniętego, uwzględniać tylko te pewniki przyrodnicze, które się nadają do tego systemu, ignorować zaś inne z nim sprzeczne. Dlatego też głos przyrodnika w sprawie walki społeczeństwa z przestępstwem powinien być wysłuchany i dlatego referent sądzi, że w traktacie o zbrodni i zbrodniarzu nie przekracza on właściwych granic zakreślonych dla przyrodnika psychologa.

W przedmiocie teorji Jamesa o deterministycznym indeterminizmie p. Bielawski oświadcza, że pominął ją milczeniem jako teorję mało przekonywującą referenta, stojącego twardo na gruncie empirycznym.

POSIEDZENIE NAUKOWE LEKARZY W DZIEKANCE

z dnia 27. I. 1928 r.

Przewodniczący: p. Piotrowski. Sekretarz; p. Bernadzikowski

p. **Zajączkowski** przedstawia chorą Z. D.: „stan zejściowy. po nagminnem zapaleniu mózgu".

Z. D., lat 21, panna, dziedzicznie obarczona tak ze strony matki, która cierpi na okresowe stany depresji, jak i ojca, który jest psychopatą. Co do dalszej rodziny danych brak. D wychowywała się w atmosferze przesadnie egzaltowanej religijności i fałszywego, zmanierowanego konwenansu. Była posłuszna, pracowita, uczyła się nieźle, była tylko zawsze egzaltowana. W 14 tym roku życia zaczęła menstruować. W dzieciństwie miała odrę i raz po raz przeziębiała się. Zawsze była wątła. Przed czterema laty przechodziła chorobę gorączkową, przez kilka dni temperatura dochodziła do 40^0. Przez czas gorączkowania nie sypiała w nocy, płakała narzekała. na męczące myśli. Wezwany lekarz rozpoznał zapalenie opon mózgowych. Od tego czasu zmienił się jej typ snu: późno bardzo zasypia i źle śpi w nocy, długo i dobrze śpi rano i w dzień, t. j. odwrotnie aniżeli dawniej. Od czasu tej choroby D. przestała chodzić do szkoły i wogóle przestała pracować. W kilka miesięcy później wystąpiły zaburzenia ze strony mowy. D. zaczęła mówić przez nos, równocześnie stała się powolną, jakby senną, mimika twarzy stała się mniej ruchliwą. Matkę D. niepokoiło często, że chorej ciekną łzy z oczu, chociaż była w pogodnem usposobieniu; sama też pacjentka dziwiła się temu. Równocześnie z tymi objawami cielesnymi zmieniło się usposobienie i charakter chorej. Pacjentka stała się zaczepną względem mężczyzn. Zakochała się w księd u i starała się z nim widywać, następnie zwróciła swój afekt ku pewnemu młodzieńcowi, który jej nie darzył wzajemnością i robiła rodzicom wymówki, że przeszkadzają jej w urojonem zamążpójściu. Stała się opryskliwą, nieposłuszną i dokuczliwą względem rodziców, wymyślała im, rzucała się na nich z pięściami, drapała, — niczem nie chciała się zająć. Ojciec D mówi też: „jak sobie przypomnę jaką była córka moja przed czterema laty a teraz, to jakby dwie różne osoby". Pacjentka była leczoną jako histeryczka przez wielu lekarzy w różnych klinikach uniwersyteckich i stan nietylko nie uległ zmianie, lecz przeciwnie stale się pogarszał. Przed czterema laty wysunęły się na plan pierwszy w obrazie chorobowym D. zaburzenia nowe: chora coraz gorzej mówiła.

Leczący ją wtedy lekarz zaczął jej elektryzować gardło — była mowa nawet o operacji (uvula bifurcata). W czasie tej kuracji D. przestała prawie zupełnie mówić, — przyjechała do innej kliniki, ale i tutaj stan chorej się nie zmienił, wobec czego rodzice zabrali ją do domu, gdzie była przez parę miesięcy, ze względów jednak wzmagającej się coraz bardziej agresywności chorej względem otoczenia musieli ją dn. 4. X. 1927 r. oddać do tutejszego Zakładu.

Cieleśnie: Budowa ciała wybitnie dziecięca. D. robi wrażenie dziewczynki 13-to do 14-letniej. Płuca i serce bez zmiany, uvula bifurcata. Sinica dystalnych części dolnych i górnych kończyn i pocenie się takowych. Twarz o zastygłym, sennym wyrazie. Źrenice okrągłe, równe, żywo reagują na światło, zaledwie ślad reakcji na akomodację i zbieżność. Ruchy gałek ocznych powolne. Pacjentka co chwilę przełyka ślinę. Drżenie wysuniętego języka i wysuniętych rąk. Odruchy kolanowe niezbyt żywe, skokowe nie dadzą się wyzwolić. Czucie powierzchowne na dystalnych częściach dolnych i górnych kończyn nieco osłabione. Napięcie mięśniowe znacznie wzmożone.

Chód: przy cofaniu się latero — i retropulsja zaznaczone. Badanie elektryczne: faradyzacja dolnego końca mięśnia trójgłowego w miejscu jego przyczepu do wyrostka łokciowego dało nie prostowanie przedramienia, ale paradoksalne zgięcie palców ręki i przedramienia (objaw dyfuzji Neri'ego).

Badanie pobudliwości elektro-motorycznej: do wywołania skurczu mięśni przedramienia u D. trzeba było użyć prądu galwanicznego o sile 4 MA, kiedy przy badaniu kontrolnem na zdrowej pielęgniarce otrzymano ten sam efekt przy prądzie 2 MA.

Psychicznie: Pacjentka nic nie mówi. Zachęcana do mówienia przez lekarza, chwyta się za nos, wymawia nosowo jakieś słowo. Trzeba się z nią porozumiewać na piśmie. Jest zupełnie dobrze zorjentowana w miejscu, czasie i sytuacji, prosi o przeniesienie na oddział dla spokojnych chorych, obiecując, że już nie będzie chorych bić, szczypać i ciągnąć za włosy. Uderza jej hypererotyzm, ujawniający się względem badającego, i wielka sugestywność chorej. Pacjentka wszelkie podawane jej myśli przyjmuje za swoje, a także objawy lub dolegliwości, o które się ją wypytuje, rzekomo odczuwa. Badanie inteligencji wykazuje mały jej rozwój, pozornie pokryty, maskowany pamięciowo, przechowanemi fragmentami życia intelektualnego, z którem się w domu stykała.

Obserwacja: przez cały czas pobytu w Zakładzie D. zachowywała się dość monotonnie — jednakże daje się zauważyć ciągłe choć powolne pogarszanie się stanu chorobowego. Cieleśnie chora staje się bardziej sztywną — coraz powolniej się porusza i coraz rzadziej z tego stanu wychodzi. Pacjentka coraz częściej musi być przeprowadzana na pawilon dla niespokojnych chorych, bo coraz bardziej względem otoczenia bywa agresywną — tak samo jej hypererotyzm wzmaga się; lgnie bez żenady do każdego z młodych lekarzy, onanizuje się, ostatnio nawet jawnie w obecności rodziców podczas parodniowego urlopu. Badającemu pisze: „często myślę o tem, żeby mnie kto zgwałcił — mam wielką chęć odkrywania się i bawienia się ze sobą".

1) Dane anamnestyczne jak: choroba gorączkowa przed czterema laty z charakterystycznemi zmianami kolejności snu i rozwijające się kilka miesięcy później zmiany chorobowe chroniczne o wybitnych cechach poencefalitycznych;
2) Zespół objawów cielesnych jak: powoli wzmagające sie zesztywnienie, zwolnienie ruchów dowolnych, maskowaty wyraz twarzy, wzmożony tonus układu sympatycznego, cechujący się zwiększonem wydzielaniem gruczołów ślinowych i łzowych, retro — i lateropulsja przy cofaniu się, sinica dystalnych części dolnych i górnych kończyn, odwrotny Argill-Robertson, obniżenie pobudliwości elektrycznej i objaw dyfuzji Neri'ego,

które to objawy są uważane przez szereg autorów wprost za patognomoniczne dla stanów poencefalitycznych, zaburzenia mowy, — pozwalają rozpoznać bez wątpienia w danym przypadku „stan zejściowy po nagminnem zapaleniu mózgu". Zgodnie z tem rozpoznaniem przedstawia się nam i stan psychiczny chorej, cechujący się

1) zmianą osobowości,
2) hypererotyzmem o charakterze wybitnie niekompleksowym,
3) nagłemi i niewspółmiernie silnemi wahaniami afektywnemi, robiącemi często wrażenie czynów poniewolnych, nie zaś przeżywanych,
4) obniżeniem pobudliwości względem podniet, pochodzących z własnego ustroju, wzmożoną zaś uległością względem podniet zewnętrznych, na co wskazuje ogromna sugestywność chorej.

Cały ten wyżej przedstawiony obraz chorobowy ujawnia się w nikłych stosunkowo zmianach cielesnych, natomiast w znacznych defektach w dziedzinie psychicznej pacjentki, gdzie wysu-

wa się na plan pierwszy chorobowo wzmożony system popędowy, który wyzwolił się prawie zupełnie od wpływów władz umysłowych. Dlatego też uważamy ten zespół chorobowy za najbardziej zbliżony do stanów chorobowych poencefalitycznych, spotykanych często u dzieci, podobnych bardzo do form ciężkiej psychopatji konstytucjonalnej. Czystość i jednolitość tego obrazu chorobowego wikła podłoże swoistej osobowości psychicznej, na jakie właśnie choroba trafiła. D. jest oligofreniczką, na co wskazuje dziecięca budowa ciała i słaby rozwój inteligencji. Wychowanie w środowisku wybitnie egzaltowanem rozwinęło u chorej także charakter histeryczny, który często przejawia się i komplikuje obraz chorobowy. Histerja specjalnie wybija się na plan pierwszy w zaburzeniach mowy; obok nosowego sposobu mówienia występuje jeszcze mutyzm, który zresztą pomimo ciągłego, powolnego pogarszania się ogólnego stanu chorej — podczas pobytu w tutejszym Zakładzie — znacznie się zmniejszył.

Dyskusja.

P. **Gawroński**, przyznając, że u chorej manifestują się objawy już to przemawiające za chorobą organiczną (encephalitis lethargica), — już to funkcjonalną (Hy), stwierdza na zasadzie własnej obserwacji pacjentki, że 1) mowa jej pod wpływem specjalnych metod leczniczo-wychowawczych stopniowo się poprawia, 2) nie można tu przypisywać zmiany osobowości li tylko wpływom czynników chorobowych, gdyż tę osobowość kształtują u pacjentki jeszcze normalne czynniki rozwojowe, 3) bicie i szczypanie przejawia się u chorej odruchowo bez premedytacji, 4) żadnych nadużyć onanistycznych u chorej w Zakładzie nie zauważono; można więc przypuszczać, sądząc z anamnezy, że przypadek drażnienia organów rodnych w obecności rodziców był sporadyczny.

P. **Bielawski** odpowiada p. Gawrońskiemu, że trzy uwagi, które według mniemania tego ostatniego miały przemawiać przeciw encephalitis lethargica, popierają raczej częściowo tę djagnozę, a w każdym razie nie przeciwstawiają jej ważkich argumentów. Istotnie chora w przeciągu pewnego czasu robiła postępy w wymowie, ale dziś zdradza ponownie te same specyficzne zaburzenia, jak to zwykle obserwujemy u encefalityków. Zmian patologicznych osobowości nie można łączyć ze zmianami w usposobieniu, w światopoglądzie, przekonaniach itp., związanemi z właściwościami fizjologicznemi poszczególnych okresów życia jednostki. Zresztą p. Gawroński zaznacza sam, że pacjentka jest dziś jeszcze dziecinna

(puerylizm), a więc tem samem nie przyswoiła sobie psychizmów wieku dojrzałego, dlatego też o fizjologicznej „zmianie osobowości“ nie można mówić. Odruchowe zachowanie się pacjentki (odruchowe szczypanie) w każdym razie nie jest charakterystyczne dla histerji, gdyż jako działanie odruchowe n'e ma w mechanizmie swym żadnych kompleksów.

P. Piotrowski zaznacza, że przed 10 laty rozpoznanie zapalenia nagminnego mózgu było trudne, ponieważ choroba była mało znana. Rozpoznawano nieliczne, typowe ciężkie przypadki zachorzenia. W miarę coraz więcej postępującej wiedzy o chorobie, dokładniejszej znajomości jej form objawowych, — djagnostykowanie tej choroby stało się łatwiejsze i powszechniejsze. Obecnie rozpoznawanie encephalitis lethargica jest w modzie, więc często bywa powtarzane. W tem tkwi niebezpieczeństwo omyłek, których należy się wystrzegać; to też sprowadza nowe trudności w djagnostyce. P. Piotrowski ostrzega przed zbyt pochopnem rozpoznawaniem encephalitis lethargica i przypomina zamieszanie, jakie swego czasu powstało w umysłach lekarzy z powodu zbyt częstego djagnostykowania otępienia wczesnego wzgl. schizofrenji, gdy rozpoznanie schizofrenji było w modzie. Jak przed laty prawie w każdym przypadku zachorzenia psychicznego, powstającego u osób młodych, upatrywano dementia praecox wzgl. schizofrenję i rokowano z reguły niepomyślnie, ze szkodą dla pacjenta i dla powagi lekarskiej, tak dzisiaj lekarze są skłonni upatrywać w każdym niejasnym przypadku zachorzenia neurologiczno-psychjatrycznego encephalitis lethargica.

Dawniej, gdy o istnieniu śpiączki nagminnej nic nie wiedziano, rozpoznawano niejeden przypadek tej choroby jako histerję. Dziś bywa odwrotnie: nieraz w histerji upatruje się encephalitis lethargica. Wobec tego p. Piotrowski nawołuje do ostrożności i przezorności mianowicie wtedy, gdy ma się do czynienia z tak skomplikowanym obrazem chorobowym, jaki przedstawia pacjentka D., demonstrowana przez p. Zajączkowskiego. P. Piotrowski przyznaje, że chora ma cały arsenał objawów, spotykanych także u encefalityków, należy jednak wziąć pod uwagę liczne objawy właściwe osobowości neuropatycznej u badanej, która jest dziewczyną dziedzicznie ciężko obarczoną, niedorozwiniętą cieleśnie i psychicznie — mimo 21 lat wygląda jak dziewczę 13 letnie —, wychowaną w środowisku nawskroś chorobliwie nastawionem. Pacjentka przedstawia w postawie, w zachowaniu, w mimice, w gestach, w pozach

wierne odzwierciedlenie swego ojca, którego z lubością naśladuje. Jeżeli organizm z natury tak słaby jak ustrój badanej przechodzi różne choroby wyczerpujące i ulegnie ciężkiemu zachorzeniu infekcyjnemu, to jest zrozumiałem, że pod wpływem tych licznych szkodliwości zewnętrznych osobowość chorej musi się załamać, przedstawiając w końcu prawie ruinę cielesną i psychiczną.

To jednak nie musi być koniecznie stan zejściowy poencefalityczny.

Aby wyjaśnić stan chorobowy pacjentki D. czy to w kierunku wskazanym przez referenta czy też w kierunku podanym przez p. Gawrońskiego, p. Piotrowski przypomina najważniejsze etapy rozwoju poglądów na istotę wspomnianej choroby i jej zasadnicze zespoły objawowe i podkreśla polimorfizm przejawów encefalitycznych tak pod względem somatycznym jak i psychicznym, wyszczególnia formy sensytywno-motoryczne zachorzenia jak postać okuloletargiczna z tendencją zejściową do parkinsonizmu, postać choreoatetotyczna, piramidowa, móżdżkowa, opuszkowa, algo-myokloniczna (Sicard, Netter, Roger i in.), polineurotyczna, postać neurotyczna z naruszeniem nerwów mózgowych, wspomina o formach neurowegetatywnych i endokrynnych, o postaciach atypowych, wskazuje na przypadki z objawami cielesnymi bez zboczeń psychicznych oraz na przypadki psychotyczne bez symptomów somatycznych.

Mówca podkreśla szczegół, że w dziedzinie objawów somatycznych występują naogół silne, głębokie bóle w twarzy, karku, barkach, w kończynach górnych, w międzyżebrzu, w jelitach. Po pewnym czasie (10—20 dni) pojawiają się nagłe, poniewolne skurcze mięśni poszczególnych albo całych grup mięśniowych i to w tych okolicach, które z początku były bolesne. Niekiedy skurcz chwyta przeponę i powoduje czkawkę. Badanie objekywne często ujawnia parestezje, bolesność mięśni i nerwów obwodowych (Lasègue), stępienie odruchów ścięgnistych.

Niekiedy zamiast objawów myoklonicznych obserwujemy symptomy paralityczne w postaci zmiennej paraplegji z umiejscowieniem sprawy w korzeniach nerwowych (nie w nerwach obwodowych), czasem porażenie przejawiające się w formie choroby Landry'ego. Porażenie postępuje z dołu ku górze, powodując retencję albo inkontynencję moczu; czasem znowu znajdujemy objawy amyotroficzne (Euzière i Pagès) w różnych odmianach (postać polimyelityczna przednia przewlekła, typ polineurotyczny, typ Charcot-Marie, typ Aran-Duchenne, typ Duchenne-Erb). Wszystkie te ob-

jawy neurologiczne nię są jednak tak wyraźne i trwałe jak w chorobach oryginalnych wyżej wspomnianych.

Czasem obserwuje się w stanach chronicznych choroby zboczenie(déviation conjuguée) gałek ocznych ku górze i rozszerzenie się powiek, jakoteż napady padaczkowate (epilepsja ekstrapiramidowa).

W płynie mózgowo-rdzeniowym stwierdza się lekką limfocytozę i hyperalbuminozę.

Niektórzy autorzy rozróżniają typ górny (encefalityczny) choroby, do którego zaliczają zespół parkinsonowski i typ dolny (Crochet i Verger). Wobec tego Bériet i Devic postawili pytanie, czy niektóre przypadki stwardnienia rozsianego nie należałoby zaliczyć do typu dolnego (medulo radykularnego) śpiączki nagminnej. Większość autorów (m. in. Sicard, Monier Vinard, Babonnaix, E. de Massary, Barré) nie uznają dolnego typu encephalitis lethargica.

Co do umiejscowienia choroby w mózgu istnieją różne koncepcje. Tinel porównuje manifestacje chorobowe zapalenia nagminnego z zespołem mezencefalitycznym i źródła ich dopatruje się w zaburzeniach neurowegetatywnych, w naruszeniu systemu neuro-wegetatywnego (Ferraro, Massary i in.). Marinesco i Radovics charakteryzują niektóre objawy jako symptomy pseudobulbarne. Sztywność parkinsonowska powodowana ma być zachorzeniem jąder opto striarnych. Zwolennicy hypotezy o endokrynnych przyczynach choroby upatrują hypophysis, gł. thyreoidea (S. Naccarati), ovarium, system vago-sympatyczny jako ogniska choroby.

Pod względem psychicznym można odróżnić dwa typy psychotyczne: typ u dorosłych i typ dziecięcy.

U dorosłych przeważają stany depresji: pomieszanie ze stuporem, myśli samobójcze, wyobrażenia hypochondryczne, stany hebefreniczne, katatoniczne, psychasteniczne, neurasteniczne, nagłe zmiany ustroju, smutek przechodzi bezpośrednio w radość i odwrotnie (Claude).

U dzieci przeważają stany podniecenia: niepokój psychomotoryczny z bezsennością (Lévy), senność, skłonność do kradzieży, do ucieczki z amnezją, do mytomanji, drażliwość i gwałtowna impulsywność ze świadomością czynów i żal za nie, tics, grymasowanie, erotomanja i perwersja seksualna, chorobliwa skłonność do całowania (Robin), do pieszczot, perwersja afektywna. Pozatem mogą się również pojawiać stany depresyjne, lęki, smutek, myśli samobójcze, obojętność, brak pobudliwości wzruszeniowej, cofanie

się w nauce. Stany te mogą występować naprzemian z napadami podniecenia, są one przemijające, zjawiają się napadowo, nieregularnie i ulegają terapji sugestywnej; niekiedy pojawiają się „grandes crises hystériques“ Charcot'a.

Wspomniane zespoły objawowe łatwo można pomieszać z symptomami histerycznymi dla tego, że wszystkie one mogą być wywołane i usunięte pod wpływem wzruszenia, woli, sugestji, perswazji i in.

Cały szereg wyszczególnionych co dopiero objawów encefalitycznych znajdujemy u badanej D. Mając ten fakt na uwadze, p. Piotrowski nie przeczy, że także liczne objawy histeryczne, występujące jaskrawo u D., mogą być tłómaczone jako symptomy encefalityczne. Jeżeli mimo to oponent odnosi się z rezerwą do koncepcji referenta, to czyni to ze względu na pierwotną psychopatyczną osobowość badanej, której stan chorobliwy wprawdzie pogorszył się wskutek przebytej przed czterema laty choroby infekcyjnej, różni się jednak od stanu poprzedniego nie inaczej jak tylko kwantytatywnie. Osobowość, jaką nam przedstawia badana, rodzi się a nie powstaje wskutek encephalitis lethargica.

D., od urodzenia niedorozwinięta cieleśnie i psychicznie, pozostała dzieckiem pod względem somatycznym i intelektualnym. Choroby zaszkodziły jej wątłemu organizmowi i zatrzymały jego rozwój jeszcze więcej, — natomiast nie powstrzymały rozwoju sfery popędowej. W czasie rozkwitania D. uległa ciężkiej chorobie infekcyjnej, której słaby organizm nie mógł znieść.

Opaczne wychowanie w chorobliwie nastawionem środowisku, kierowane przez osoby psychicznie upośledzone, nie dało jej tego przygotowania intelektualnego, które jest potrzebne do skutecznej walki z przeciwnościami i przykrościami życia. Rozczarowanie, jakie pacjentkę spotkało w dziedzinie uczucia i pragnień seksualnych, wypaczyło ją całkiem i wywołało reakcję w postaci psychozy histerycznej. Objawy chorobowe cielesne tłumaczą się raczej niedorozwojem somatycznym, nie zaś chorobą encefalityczną. Ślinienie i łzawienie zachodzi także w oligofrenji. Każda choroba psychiczna, mianowicie występująca w ostrej formie, zmienia do pewnego stopnia osobowość chorego, nie dziw więc, że psychicznie chora córka przedstawia się ojcu inaczej, niż była wtedy, gdy nie cierpiała na ostrą psychozę.

Jeżeli stan chorobowy się nie poprawia, to z winy nierozsądnych rodziców, którzy nie dadzą córce czasu ani sposobności

w przyjściu do równowagi psychicznej, lecz wożą ją od lekarza do lekarza, od szpitala do szpitala, przerywają kurację, zabierając córkę przedwcześnie do siebie na krótszy lub dłuższy czas; z tego powodu chora nie miała i nie ma sposobności do przeprowadzenia dłuższej, systematycznej i przez to dającej większą gwarancję wyleczenia kuracji przez usunięcie objawów ostrych.

POSIEDZENIE KLINICZNE LEKARZY W DZIEKANCE

w dniu 31. I. 1928 r.

Przewodniczący: Al. Piotrowski. Sekretarz: Zajączkowski.

P. **Gawroński** przedstawia dwie chore:

I. M. W., lat 35, panna, córka właściciela ziemskiego. Dziedzicznie tak ze strony ojca jak i matki ciężko obarczona. Choroba zaczęła się powoli w 1918 r. Chora doznawała skrupułów religijnych, lękała się przestrzeni, narzekała na szybkie nużenie się, niemożność pracy umysłowej itp W 1920 r. po przebytej dysenterji i całym szeregu wstrząsów psychicznych w czasie wojny stan W. się znacznie pogorszył. Pacjentka zaczęła doznawać licznych halucynacji słuchowych i czucia ustrojowego, zaczęła objawiać liczne niepowiązane urojenia przeważnie treści erotycznej i politycznej, zmienił się jej stosunek do rodziców, do których zaczęła się odnosić wrogo. Od tego czasu stan chorej nie uległ znaczniejszej zmianie.

Badanie cielesne żadnych zmian chorobowych nie stwierdziło.

Psychicznie: W. często bywa podniecona psychomotorycznie, jednak nie stale, czasami jest apatyczna lub popada w depresję. Prawie stale doznaje przeróżnych halucynacji słuchowych, rzadziej — uczucia ustrojowego, przeważnie treści przykrej, czasami przyjemnej, erotycznej. Wyraża szereg różnych urojeń najrozmaitszej treści, przebija w nich jednak zawsze dominująca nuta erotyczna. Urojenia te nie są usystematyzowane, są niestałe. W. odnosi się czasami do nich krytycznie. Inteligencja i pamięć zachowane.

II. Chora A. N., lat 33., nauczycielka. Od kilku lat nie żyje z mężem z powodu jego zdrad małżeńskich i alkoholizmu. Troje dzieci zdrowych. Poronień nie było. Choroba zaczęła się w jesieni 1926 ostrym stanem podniecenia bez gorączki.

Stan ten pomału przeszedł w stan otępienia i apatji, w której się N. od paru miesiecy znajduje.

Podczas badania stwierdzono:
Cieleśnie: źrenice zniekształcone, zwłaszcza lewa, opieszale reagują na światło, lepiej na zbieżność, odruchy kolanowe nierówne. Klonus rzekomy rzepki po stronie lewej. Osłuchiwanie serca dało: pierwszy ton chropawy, drugi akcentowany. Odczyn B.-Wassermanna w płynie i we krwi negatywny. Psychicznie — chora zachowuje się negatywistycznie, opiera się przy badaniu, milczy, na pytanie nie odpowiada. Wyraz twarzy otępiały, apatyczny.

II. P. Bielawski przedstawia dwóch chorych.

1. Pacjent D. L., przywieziony z K. bez akt osobowych, danych anamnestycznych brak.

Badanie neurologiczne wykazało, że źrenice niezbyt żywo reagują na światło, lepiej na akomodację, lewa źrenica jest zniekształcona. Objaw Piotrowskiego obustronnie dodatni. Uderza ogólna hyperrefleksja kończyn dolnych.

Pod względem psychicznym chory prezentuje wielopostaciowość obrazu chorobowego; pacjent chwilami imponuje jako schizofrenik z zaburzeniami kojarzenia myślowego, automatyczną uległością wobec rozkazu, stereotypjami w ruchach, echopraksją itd.; to znów innym razem wybijają się na plan pierwszy cechy psychozy organicznej.

2) B. M., robotnik, lat 48. Ojciec alkoholik. Przed dwoma laty nagle zachorował. Groził podpaleniem domu, chciał zgwałcić swą 13 letnią córkę. Kładł sobie wieniec na głowę wołając, żeby wszyscy go słuchali, mówił że jest bogaczem, że ma majątki we Francji. Miewał halucynacje słuchowe.

Badanie cielesne: źrenice nieco nierówne, lewa źrenica gorzej reaguje na światło niż na akomodację — pozatem żadnych zmian patologicznych cielesnych nie stwierdzono. Odczyn B.-Wassermanna w płynie i we krwi ujemny.

Psychicznie: M. jest dezorjentowany, znajduje się stale w stanie hypomanjakalnym, dowcipkuje, jest wesoły, przyjaźnie nastrojony, sugestywny. Pacjent ma dość znacznie upośledzoną zdolność zapamiętywania, inteligencja jego jest bardzo ograniczona.

Dyskusja.

P. **Piotrowski** zaznacza, że panna M. W. przybyła do Zakładu z rozpoznaniem paraphrenia phantastica. Na wstępie mówca rzuca zarys nozologiczny według własnej i bleulerowskiej koncepcji. Postać chorobowa u przedstawionej pacjentki różni się jednak wybitnie od parafrenji. Zwolennicy Bleulera bez wątpienia rozpoznaliby tutaj na podstawie istnienia halucynacji czucia ustrojowego schizofrenję. Jakkolwiek halucynacje czuciowe są bardzo częste w schizofrenji, to jednak p. Piotrowski sprzeciwia się poglądom Bleulera, jakoby były one wręcz patognomoniczne, gdyż spotyka się je, jakkolwiek rzadziej, i w innych schorzeniach psychicznych i nie można jedynie na podstawie istnienia tylko halucynacji, bez całego zespołu chorobowego, rozpoznawać schizofrenję. Dawniej djagnostykowano postacie kliniczne podobne do obrazu przedstawionego jako „paranoia originaria hypochondrica"; niema tam jednak tak licznych halucynacji, tutaj zaś na plan pierwszy wysuwają się liczne halucynacje wszystkich zmysłów. Urojenia zaś nie są ustalone, osobowość nie jest zmienioną.

Halucynacje występują też i u ludzi zdrowych; przykłady tego mamy w literaturze i historji, np. halucynacje Goethego i Luthra, jakkolwiek u tego ostatniego występowały one na tle alkoholizmu. Neurastenicy miewają też często halucynacje. Liczne bardzo halucynacje z zakresu wszystkich zmysłów, tworzące całe sceny, miewają alkoholicy i histerycy w okresach zamroczenia. Halucynacje mogą także tworzyć jedyne przejawy chorobowe i stanowić osobny typ psychotyczny, t. zw. halucynozę.

U naszej pacjentki prócz omamów, wysuwających się przedewszystkiem na plan pierwszy, uderza obserwatora jeszcze jej stan podniecenia, cechujący się wzmożonem samopoczuciem, wielomównością, erotomanją, ożywioną gestykulacją tak, że robi czasami wrażenie manji. Stan ten jednak jest zmienny, przejściowy i dłuższa obserwacja nie popiera tych podejrzeń.

P. Piotrowski zwraca uwagę na chód chorej, który robi wrażenie chodu manjakalnego — bardzo duże kroki, energiczne stąpanie i ruchy towarzyszące kończyn górnych, wspomina o badaniach Weyganda nad wartością djagnostyczną sposobu chodzenia chorych w różnych psychozach.

Przechodząc do przypadku drugiego, przedstawionego przez p. Gawrońskiego, p. Piotrowski przychodzi do wniosku, że jakkolwiek u p. A. N. obraz psychiczny przy powierzchownej obser-

wacji imponuje jako schizofrenja, to ze względu na dane anamnestyczne, wiek pacjentki, przebieg choroby i objawy chorobowe neurologiczne i patologiczne zmiany tonów serca, które wskazują na endocarditis luetica, należy rozpoznać w schorzeniu badanej wczesną dementywną formę paraliżu postępującego.

Do przypadku I., przedstawionego przez p. Bielawskiego, p. Piotrowski zaznacza, że zaburzenia psychiczne nie przedstawiają żadnego ściśle określonego obrazu psychozy systematycznej, jednakże pomimo cech schizofrenijnych wybijają się i cechy psychozy organicznej, a w zespole z patologicznymi objawami ze strony źrenic, objawem Piotrowskiego i lekkiego jakby skandowania podczas mówienia trzeba myśleć, że mamy tu do czynienia ze schorzeniem psychicznem organicznem na tle specyficznem, luetycznem. W celach ustalenia sprawy poleca p. Piotrowski badanie płynu mózgowo-rdzeniowego na odczyn B. — Wassermanna.

Co zaś do przejawów psychicznych w przypadku drugim p. Bielawskiego, mówca stwierdza, że są one scharakteryzowane osłabieniem sprawności zapamiętywania, dezorjentacją, głupkowatem argumentowaniem, euforją. Objawy te w związku ze symptomamcielesnymi należy tłómaczyć, mimo ujemnego wyniku badania płynu na odczyn Wassermanna, jako wyraz paralizu postępującego.

P. Bielawski akcentuje zgodnie z twierdzeniem p. Piotrowsi kiego, że analizowana postać chorobowa pacjentki M. W. (I. przypadek przedstawiony przez p. Gawrońskiego) ani pod względem klinicznym ani anamnestycznym nie imponuje jako parafrenja. Uwzględniając wielopostaciowość dziedzicznego obarczenia, a z drugiej strony niestałą treść produkowanych — pod wpływem również niestałych omamów — urojeń, zawsze jednak erotycznie zabarwionych, — wraca p Bielawski do djagnozy, którą wysunął na samym początku (paranoid erotyczny), przyczem zaznacza, że nie myśli tutaj o jakiejś skrystalizowanej postaci chorobowej, a jak często bywa w przypadkach poronnych, nietypowych, stwarza jedynie określenie ad hoc najbardziej wiernie w tym przypadku oddające stan chorobowy. Taksamo zresztą pojęcie „halucynoza" jest również tylko obrazem, nie zaś postacią chorobową.

P. Zajączkowski wyraża mniemanie, że postać ta może się w przyszłości przy ustaleniu się urojeń w psychice W. stać typową parafrenją i że w dalszym przebiegu choroby rozwinie się tutaj i osobowość parafreniczna.

P. Piotrowski w replice dodaje do swoich poprzednich wywodów, że powinniśmy używać określenia „paranoid", „paranoidalny" itp. jedynie tam, gdzie urojenia odgrywają główną rolę i w pierwszym rzędzie uderzają obserwatora, co nie zachodzi u pacjentki M. W., u której wysuwają się na pierwszy plan halucynacje we wszystkich dziedzinach zmysłowych. Urojenia jej są niestałe, niepowiązane, osobowość pod wpływem ich się nie zmieniła. W. nawet ma tyle swobody sądu, że się odnosi po części krytycznie do swoich urojeń a nawet do omamów, które niekiedy sama charakteryzuje jako urojenia i halucynacje. Wobec powyższego p. Piotrowski uważa za najwłaściwsze określić obraz chorobowy halucynozą i zastrzega się, że tem samem nie tworzy nowej nazwy choroby, a pozostaje jedynie przy utartej terminologji dawnych autorów (np. Westphala i in.); ten sposób określania — ze względów klinicznych i praktycznych — stanów chorobowych jako jednostki chorobowej zaczyna wchodzić w użycie obecnie także w Francji, p. Bielawski zaś stwarza nowe, nieużywane określenie dla znanych postaci chorobowych, ściśle określonych, co może tylko utrudnić porozumienie się. P. Zajączkowskiemu mówca odpowiada, że początek parafrenji cechuje nieufność chorego do całego otoczenia, czego u W. nie spostrzegamy, urojenia łączą się w parafrenji ściśle z omamami, mają wielką siłę przekonywującą i ich przeżywanie wybitnie różni się od ustosunkowywania się do nich naszej pacjentki. Urojenia, aczkolwiek wypływające z halucynacji, są ze sobą tylko bardzo luźno powiązane. Wobec tego p. Piotrowski nie sądzi, żeby stan chorobowy w danym przypadku mógł się rozwinąć w parafrenję.

Streszczenia i oceny.

Prof. Tadeusz Zieliński: „Sofokles i jego twórczość tragiczna". Jak z całą słusznością mógł o swej niepożytej twórczości wypowiedzieć się Fryderyk Nietzsche, „że z pism mych przemawia psycholog, nie mający sobie równego, — to może pierwsze zrozumienie, do którego dojdzie dobry czytelnik... któryż przedemną zresztą z filozofów był psychologiem..?.. Nie było jeszcze przede mną zgoła psychologji" — tak też z całą stanowczością jego zdania, „Krańcowa czystość względem siebie jest założeniem mego istnienia, ginę w nieczystych warunkach.... Ta wrażliwość moja posiada macki psychologiczne, któremi każdej tajemnicy dotykam, w palce ją ujmuję: — wiele ukrytego brudu na dnie pewnych natur, wynikającego może z krwi zepsulej, lecz pobielonego przez wychowanie, uświadamia mi się już prawie za pierwszem dotknięciem".. mógł by śmiało odnieść do siebie Tadeusz Zieliński, twórca niezwykłej w naszem piśmiennictwie pracy „Sofokles i jego twórczość tragiczna" (nakł. Krak. Spółki Wydawn. 15 zł).

Rzecz oczywista, że uwydatnić zalety tej źródłowej pracy w zarysach szczupłego streszczenia nie sposób — na to będzie się wymagało specjalnych studjów i o to się bynajmniej tym razem nie kusimy. Uważamy tylko ze wszech miar za wskazane zwrócić na tę znakomitą pracę powszechną uwagę — w pierwszym rzędzie świata lekarskiego — a to ze względu przedewszystkiem na nast. szczegóły (pomijając znaczenie jej ogólnej doniosłości — zwłaszcza wśród społeczeństwa, „gdzie nie trwa myśl nawet godziny").

Prof. Tad. Zieliński na naszym gruncie jest odkrywcą nowej „ciemnej dziedziny", jak ją nazywa: muzyko - medycyny. Niepospolitych jego w tym zakresie dowodzeń, opartych na teorji znanego ekonomisty niem. Karola Büchera, przytaczać niniejszem nie zamierzamy. Omówienie to nam się wydało za niezbędne gwoli zaznaczenia podstawowej właściwości jego natury, dzięki której, nie będąc z zawodu lekarzem, wnikliwie potrafił wejść w szranki leczniczego przeznaczenia. Przytem nawet na tej drodze wstępu do społeczeństwa nie potrzebował zdobywać sobie pojedynkiem... Uznanie, jakim się cieszy w gronie uczonych Europy, przemawia za żywotnością w tym kierunku jego uzdolnień, dzięki której „szorstkie dusze wygładza i daje im nowego zakosztować pożądania... Skarb ukryty i zapomniany, krople dobroci i słodkiej duchowości

pod mętnym, grubym odgaduje lodem i różdżką jest czarodziejską dla każdego źdźbła złota pogrzebanego oddawna w więzieniu mułu i piasku"...

Zasługa jego umiejętności patrzenia na świat „owem podwójnem spojrzeniem, które mają wszystkie wielkie poznania", w dziedzinie filologji jest nieobliczalna. Posiadana powaga, owa „uroczystość w ruchu", świeżo takie znamienne słowa potrafiła wywołać z ust prof. psychjatrji Uniw. Stef. Bator. w Wilnie Dra Rafała Radziwiłłowicza: „jestem gorącym prof. Tad. Zielińskiego wielbicielem.. ze szczególną rozkoszą czytam jego Dzieje Kultury Antycznej i inne drobniejsze utwory"... Czegoż dopiero możemy się spodziewać po „Sofoklesie i jego twórczości tragicznej" prof. Tad. Zielińskiego, gdzie przemawia nim natura, woła nim prąd istnień, nieprzemożony potok przeobrażeń i przemian... poza mitologją nazwisk i haseł dostrzega niedolę wielu tysięcy istot czujących.

Po biofizjologiczny wątek zagadnień należy sięgać do źródeł. Nikt przecież nie sądzi o oryginalności kompozytora z ostatnich taktów jego symfonji. Nie leży to też w naszem zadaniu, szczególnie, że nasza publiczność nie lubi wogóle, gdy się mówi „mądre rzeczy" — tylko: oklepane... Przedsmak natomiast zawartej predyspozycji biologicznej znajdzie wybredny czytelnik w przytoczonej pracy na każdym niemal kroku. Już na samym wstępie Szanowny Autor nadmienia: „Tak rozstrzyga sprawę estetyka biologiczna.. Estetyka biologiczna! Nieprawdaż, jak dziwnie, jak niezwykle brzmi to połączenie? — Nic nie szkodzi! zdążmy się przyzwyczaić: — na nią teraz kolej... Miło mi tu powołać się na uderzająco trafne słowa biologa, b. prof. (anatomji) Dorpack. Uniw. Raubera: „Starożytny punkt widzenia i biologiczny punkt widzenia — mówi on — są identyczne". — Podwójną dla nas wartość to całe zdanie posiada: 1) ze względu na woluntarystyczną zasadę pragmatyzmu prof Raf. Radziwiłłowicza i jego, tymczasem niedosięgalną, dążność ujęcia bezdroży psychjatrycznych w prąd biologicznych aspiracyj i 2) na sprzyjające warunki rozwoju wiedzy wszelakiej, wynikające z zazdrości godnej kooperacji różnych gałęzi nauk i ich przedstawicieli, co też gdzie indziej nader pomyślnie się praktykuje.. Nie wolno zapominać, że prawie wszędzie „marznie" rzecz sama w sobie, chociaż osobiście dowodzę, że nie istnieje żadna rzecz sama w sobie, ani też dla siebie.

Wszak nie gramatycy tworzą język, tylko przeważnie ludzie nieznający gramatyki. Najsławniejsi styliści popełniają częstokroć

najwięcej błędów. W ciasnym gorsecie gramatyki dusi się mowa, przez nią — jak mówi Remy de Gourmont — „zatraca się jasność i swoboda mózgu"... To też nie należy się zrażać, jeżeli po właściwy genealogiczny korzeń zawodu lekarskiego wypada nam sięgnąć i udawać się do pracy prof. Tad. Zielińskiego „Sofokles..." W niej bowiem geneza zawodu lekarskiego najświetniej została przedstawiona i wielekroć oświetlony ów „sakralny związek z bogami — lekarzami".. tudzież zarysowany dalszy ewolucyjny probierz posłannictwa leczniczego do chwili współczesnej, kiedy „nad krótkowzrocznym pesymizmem etyczno-logicznym tryumfuje optymizm biologiczny"...

Założenie: „Sofokles był lekarzem... Poeta pisał tu we wspólnej pracy z przyrodnikiem" jest fundamentem, na jakim wzniósł i ugruntował Szan. Autor granitową i promienistą swą budowlę. Przepoił też niem wszystkie rozstrząsania, dowodzenia i zazębienia zagadnień aż po ostatnią stronicę.

Wnikając w rodowód Sofoklesa, pochodzący z Fliuntu (pod Koryntem), dochodzi autor do wniosku, że „w rodzinie Sofoklesa spotykamy kult Asklepiosa, boga-lekarza, który był dawno czczony we Fliuncie, podczas gdy Ateny ustanowiły jego kult dopiero w r. 420" (przed nowoczesną Erą): już w okresie Peryklesa, zaprzyjaźnionego z Sofoklesem. Ta „jego działalność, jako lekarza, z jednej strony kazała mu zaznajomić się z przyrodą i jej zjawiskami z drugiej — zbliżała go do ludzi" — zaznacza Szan. Autor i niemal na każdym kroku temu charakterystycznemu rysowi nadaje takie potwierdzenie: „pierwszej zawdzięcza swe wiadomości w dziedzinie nauk przyrodniczych i wogóle chciwość wiedzy, oraz niechęć do wszystkiego, co jest nadprzyrodzone, drugiej — uderzający realizm w opisie fizycznych cierpień człowieka"...

W r. 443 Ateńczycy wybrali Sofoklesa w poczet najznakomitszych swych obywateli, poczem uczynili go kapłanem kultu państwowego, kultu herosa lekarza, a tragedje jego weszły w skład stałego repertuaru Dyonizjów, jako wyraz wychowania harmonijnego, w którem gimnastyka i muzyka miały równe prawa, jak wykształcenie czysto naukowe.

W końcu sam został również zaliczony w poczet herosów, w sakralnem znaczeniu tego wyrazu, t. zn. dusz opromienionych i wsławionych, których kult był pobożnym obowiązkiem potomnych. W każdym razie wzniesiono Sofoklesowi — Deksyonowi osobną świątynię na południowem zboczu Akropolu. Sofokles był sła-

wiony pod imieniem „Herosa Deksyona". Deksyon oznacza — „przyjmującego" — i objaśnia się tem, że właśnie „Sofokles przyjął boga-lekarza Asklepiosa do swego domu i wzniósł mu ołtarz"... W tym czasie posąg Sofoklesa widniał w teatrze ateńskim... Podobnie Sofokles — powiada prof. Tad. Zieliński — w owej pełnej głębokich myśli pieśni Antygony, gdzie przedstawia kulturalny postęp ludzkości, nie w poecie lecz w lekarzu widzi najpiękniejszy kwiat tego postępu...

Lecz on sam żył we wdzięcznej pamięci swych czcicieli jako Heros — lekarz i gospodarz wielkiego przyjaciela cierpiącej ludzkości... Oprócz tego, jakkolwiek „oczywiście o naukowych podstawach medycyny przed Hippokratesem nie możemy mieć szczególnie wysokiego mniemania", to jednak znakomity uczony wspaniale wywiązał się — zwłaszcza w rozbiorze tragedji „Trachinki" (mieszkanki starożytnego miasta Trachis) — z zadania: nawiązania nici rodowej Sofoklesa z postacią Heraklesa, owego „oczyściciela świata, bohatera kulturalnego, któremu ziemia zawdzięcza swą mieszkalność" — i artystycznie, po mistrzowsku odtworzył przed — apollińską postać mitu o bogu — człowieku. Tym sposobem Helleńska powaga znalazła się w stosunku sakralnym do Heraklesa (w tragedji Trachinki!). Mimochodem wypada przyznać, iż wyróżniający się styl i sposób wymowy prof. Tad. Zielińskiego może być, i to tylko w przybliżeniu, porównywany z wysłowianiem się skandynawskich uczonych, albo conajmniej prof. Miecznikowa.

Jego rozbiory antycznych tragedji — zwłaszcza „króla Edypa", „Trachinek" i „Antygony" — uważane są w naukowem piśmiennictwie europejskiem za unikaty.

Szczególnie zastanawiającymi są ustępy, dotyczące zagadnień seksualnych. „W czasach nowożytnych i ta zdobycz została zaprzepaszczona" — zaznacza wielki uczony. — Gdy ostatnio tak częstokroć niesmacznie tandetnie i wielekroć przesadnie reklamatorsko nurtują prądy t. zw. „psychoanalityczne" trącące zbytnio niechlujstwem i niewybrednością schorzałych i przedewszystkiem spekulacyjnie abstrakcyjnych założeń O. Wejningera, a odchylające się od zasadniczo trafnych ujęć przez prof. Z Freuda psychotechnicznych podłoży patologicznych przebiegów sfery psychenergetycznej, zwłaszcza te ustępy powinny by może najbardziej zwrócić na się uwagę powołanych w tej dziedzinie czytelników.

Spostrzeżenie prof. Z. Freuda, że „newroza zastępuje w naszych czasach klasztory, do których wycofywali się wszyscy ci,

których życie rozczarowało, lub też, którzy się czuli słabymi w stosunku do życia", doskonale dające sią pokryć — i bez ubiegania się nawet do jego seksualnych dociekań — genjalną koncepcyą Cypr. Norwida: „I każda miłość bez wcielenia jest upiorowem myśleniem myślenia", zasługuje i wymaga tej prawdzie życiowej prosto w oczy spojrzeć. Z mętnych obłoków spekulacyjnej abstrakcji tego uczynić nie uda się. Na to wymaga się rozpięcia zasobów optyki realnie — biologicznej. Ten argument żywotny — wbrew utylitarzystom wszelakim — najdobitniej podnosi prof. Tad. Zieliński i stanowi bodaj najświetniejszą z przełomowych jego koncepcji, usuwających daleko w kąt, nie godne Aryjczyków, pogardliwe na kobietę wejrzenie. Miłość to nie tylko domniemana „śmiertelna nienawiść płci"; lecz w nie mniejszym stopniu w istocie swej tylko miłość, nie znająca granic, ani praw, wypełnia pierś matczyną mleczem, którem kobieta wykarmia cały świat, wypełnia go radością. dźwiga na sobie ciężar bytu. — Wszystko co najpiękniejsze w ludzkości pochodzi od ciepła (wibrujących promieni) i z mlecza zarazem kobiety, która w drodze naturalnej (nie spekulacyjnie abstrakcyjnej!) napawa świat miłością ku życiu, a ponadto jeszcze zrasza się krwią, aby stała się żyzną! Nie wolno zapominać, że poza słowami naszemi jest jeszcze żywot słowa, jak poucza C. Norwid, i dla tego tem większą ponosi zasługę prof. Tad. Zieliński, że przywraca zużytym i zpaczonym wyrazom ich zatraconą wartość i właściwe znaczenie. „Czyliż w wypojedyńczonych umnictwach nie wykośławiają się i nie wykrzywiają przez jednostronne ich używanie zdania, jak znoszone kalosze.....".... Mowa powinna być nadewszystko dźwignią.

Granitową swą budowlą wzniósł się prof. Tad Zieliński na taką wyżynę, gdzie go nie dosięgnie żadne brudactwo. To też jest zrozumiałe, że pozwolił w stosunku do siebie użyć takiej zwrotki: „Nie, drogi czytelniku, wybacz: wolę noc ciemną, niż pochmurny dzień; i od siły nieczystej gorsza jest siła — niechlujna!". Dr. Jan Halicki.

Dr. Hans C. Syz i (dr.) Elaine F. Kinder: Oporność skóry na prąd elektryczny u osób normalnych i u psychicznie chorych. Archives of Neurology and Psychiatry June 1928, Vol. 19, pp. 1026 1035.

Autorzy poddali badaniu 126 osób, 87 zdrowych i 39 psychotyków, dzieląc badanych na grupy i stosując u wszystkich grup jednakowe metody badania. Mierzono odporność skóry na prąd

elektryczny przed i po każdej próbie psychogalwanicznej. Badanie trwało 30—50 minut. Badany powtarzał głośno 100 słów (jednakowych dla wszystkich), przyczem stosowano różne bodźce słuchowe (klaskanie w dłonie, sygnał trąbki samochodowej) oraz czuciowe (ukłócie).

Autorzy doszli w swej pracy do następujących ciekawych wniosków:

U wszystkich bez wyjątku badanych stwierdzono 3 cechy wspólne: dłoń łatwiej reagowała na bodźce aniżeli grzbiet ręki, lewa ręka mniej była odporna od prawej, odporność zmniejszała się podczas badania. Wybitniejsze różnice między reakcją poszczególnych grup były następujące:

1) U katatoników i u chorych depresywnych reakcja psychogalwaniczna nie występowała często. Badani wykazywali mało odchyleń odruchowych, natomiast silną odporność skóry w początku badania (zwłaszcza na grzbiecie ręki), nieznaczne wahania w odporności skóry na dłoni;
2) u paralityków i schizofreników występowały podczas badania częste reakcje psychogalwaniczne, słaba odporność na wszystkich odcinkach skóry, znaczne obniżenie się odporności w toku badania;
3) U osób zdrowych zaobserwowano częstą reakcję psychogalwaniczną. Siła odporności skóry w początku badania zbliżona była do siły odporności stwierdzonej u schizofreników; słabe odchylenia w toku badania. Co do odporności skóry i nasilenia odruchu psychogalwanicznego zdrowi zajmują miejsce pośrednie między paranoikami i schizofrenikami z jednej strony, a katatonikami i chorymi depresywnymi z drugiej.

Różnice te występowały między poszczególnemi grupami stale, co pozwala wnioskować, iż niektóre zboczenia w czynnościach fizjologicznych skóry są charakterystyczne dla różnych typów reakcji. Autorzy przyjmują, że na mechanizmy skóry, która ontogenicznie i funkcjonalnie ściśle jest związana z centralnym systemem nerwowym, stanowiące podłoże stwierdzonych podczas badania objawów, działają wpływy pochodzące z centralnego układu nerwowego, i że w ten sposób zmiany zachodzące w organiźmie (wzruszenia i zaburzenia psychopatologiczne) powodują charakterystyczne zmiany w funkcjach fizjologicznych tych części organizmu, które znajdują swój wyraz w odporności skóry na prąd elektryczny oraz w odruchu psychogalwanicznym. BR. MAKOWSKI.

Hans C. Syz: Obwerwacja kurczów wywołanych drogą eksperymentalną, z uwzględnieniem zmian przepuszczalności (Beobachtungen an experimentellen Krämpfen, mit besonderer Berücksichtigung von Permeabilitätsveränderungen). Schweizer Arch. f. Neurol. u. Psychiatrie Bd. XXI., Heft 2, 1927.

Autor wskazuje na wyniki badań nad kurczami, wywołanymi drogą eksperymentalną. Okazało się, iż mechaniczne lub chemiczne uszkodzenia centralnego systemu nerwowego oraz zaburzenia w przemianie materji — mianowicie związane ze zaburzeniami endokrynnemi — wpływają na powstanie kurczów i potęgują efekt działania bodźców kurczowych, jak piołun, kokaina, strychnina itp. Późniejsze badania wykazały, że nawet uszkodzenia rdzenia kręgowego zwierząt wzmagają pobudliwość kurczową W mózgu i rdzeniu tych zwierząt zauważono po zastrzyku kwaśnej fuksyny większe ilości barwnika, niż u zwierząt kontrolnych. Autor przypuszcza, iż wskutek uszkodzenia mózgu ściany naczyń stają się więcej przepuszczalne i dlatego barwnik przechodzi łatwiej do substancji nerwowej.

Aby wykluczyć komplikacje, w późniejszych eksperymentach nie uszkodzono mózgu, lecz duszono żaby we wodzie lub płynnej parafinie. Przytem osiągnięto mniej więcej te same wyniki: żaby wykazywały silniejszą absorbcję barwnika. Chemiczne zmiany w organiźmie, występujące przy asfiksji, zwiększają, tak samo jak uszkodzenie mózgu, przepuszczalność ścian naczyń krwionośnych. Wzmożona absorbcja i pobudliwość konwulsyjna centralnego systemu nerwowego ułatwia powstanie kurczów.

Autor przyjmuje, iż uszkodzenie mózgu wywiera pewien wpływ na nerwy naczynioruchowe. Wiadomo bowiem, iż podrażnienie lub przecięcie nerwu zwiększa przepuszczalność ścian naczyniowych w rozmaitych narządach (oko, mięśnie).

Duszenie natomiast wywołuje zmiany chemiczne we krwi, co znów wpływa na przepuszczalność ścian naczyń, wskutek czego mogą substancje ze krwi łatwiej przechodzić do tkanki nerwowej.

W nowszych czasach spostrzeżono, że także po zastrzyku teofiliny przepuszczalność naczyń się wzmaga Wobec tego spotęgowany efekt narkotyczny morfiny, zastrzykniętej razem z teofiliną, tłomaczy się większą przepuszczalnością ścian naczyń krwionośnych, spowodowaną działaniem teofiliny.

W końcu autor wspomina o badaniach nad przepuszczalnością opon mózgowych i stwierdza, iż przenikanie niektórych sub-

stancji ze krwi do płynu rdzeniowego, które w warunkach normalnych jest hamowane, zwiększa się w stanach patologicznych np. zapalnych.

BR. JESIONOWSKI

Hans C. Syz: Pogląd na stany neurotyczne z punktu widzenia socjalnego. (Über eine soziale Auffassung neurotischer Zustände. Allg. ärztl. Zeitschr. f. Psychotherapie u. psych. Hygiene. Bd. I., H. 6).

Dotychczas przyczyny zaburzeń psychicznych dopatrywano się w chorej jednostce, która nie mogła przystosować się do wymagań otoczenia. Autor domaga się, aby psychozę rozpatrywano w związku z życiem socjalnem chorego. Ponieważ niema organizmów odosobnionych, chory powinien być traktowany nie jako jednostka odosobniona, lecz jako cząstka większej organizacji, której właściwości wywierają wpływ na życie indywidualne. Aby zrozumieć chorobę, trzeba badać procesy odbywające się w środowisku socjalnem chorego. Jego zaburzenia psychiczne wzmagają się pod bezpośrednim wpływem osób z otoczenia.

Wynikiem intensywnej socjalizacji nie zawsze jest postęp. Nieraz stwierdzamy cechy degeneratywne. Więc właściwości indywidualnych nie należy uważać za objawy oderwane. Jednostka jako cząstka organizacji społecznej wpływa na otoczenie i ulega wpływom tegoż i przedstawia równocześnie funkcję i produkt życia socjalnego.

Każdy osobnik jest światem otaczającym i również jednostką przystosowaną do otoczenia. Wyłączenie jej ze społeczności utrudnia badanie wpływów wywieranych na nią przez sugestje socjalne. Każdy obserwator czynów ludzkich powinien pamiętać o tem, że i on sam nie jest wolnym od złudzeń i błędnych sądów powstałych na tle mentalności socjalnej.

Aby trudności stąd wynikające opanować, trzeba stosować specjalną technikę badania. Przy badaniu osoby psychicznie albo nerwowo chorej należy uwzględnić następujące momenty:

1) poznać wpływy socjalne na powstanie objawów chorobowych,
2) mieć na uwadze okoliczność, że wpływom socjalnym podlega nie tylko badany, lecz także badający, którego nastawienie afektywne kierowane jest przez panujący system socjalny.

Badający winien przenieść się w sytuację socjalną badanego, aby mieć większą perspektywę, niż to ma miejsce w przypadku, gdzie stoją naprzeciw siebie tylko dwie osoby, lekarz i pacjent. Nie wystarczy zajmować się tylko objawami zewnętrznymi działalności

ludzkiej, lecz trzeba także uwzględnić uczuciowe podłoże działania. Trzeba dokładnie analizować.

Czynnik socjalny w działaniu jednostki zostanie odpowiednio zbadany i zrozumiany, gdy badający pozna, że i on tak samo socjalnie myśli, odczuwa i działa.

BR. JESIONOWSKI.

Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete. Niemieckie piśmiennictwo medyczne zostało wzbogacone i uzupełnione nowem czasopismem, które — wydawane przez prof. A. Bostroema i prof. J. Lange'go — pod powyższym tytułem ukazało się niedawno w Lipsku u Jerzego Thieme'go.

Nowe czasopismo jest pożyteczne przedewszystkiem z tego względu, że służy jako przewodnik po nadmiernie rozszerzonych terenach piśmiennictwa naukowego, którego rozrost osiągnął tak olbrzymie rozmiary, że stało ono się mało przejrzystem, i wydaje się prawie niemożliwem, aby mogło być od razu całkowicie objęte i opanowane. Wolne od zbytecznego balastu mało wartościowych detalicznych przyczynków, nowe czasopismo ma zadanie informowania czytelnika o istotnych postępach nauki, podając w ogólnych zarysach wyczerpujący przegląd wyników najważniejszych badań w neurologji, psychjatrji i pokrewnych dziedzinach.

Numer okazowy tego czasopisma, przesłany Redakcji Nowin Psychjatrycznych do oceny, przedstawia się korzystnie. Treść jego może żywo zainteresować nawet pretensjonalnego specjalistę. Psychjatrę zajmuje w pierwszym rzędzie referat poglądowy prof. Ewalda o psychozach endogennych. Czytamy o chorobach i objawach kwantytatywnych i kwalitatywnych, o perjodycznych zachorzeniach psychotycznych różnego pochodzenia, o biologicznem podłożu niektórych stanów lęku, drażliwości, nastawienia paranoicznego, o typach reaktywnych schizoidnych u schizoidów bez „Prozesspsychose" i o zaburzeniach reaktywnych schizowatych u typów nieschizoidnych, przedstawiających osobne psychozy obok schizofrenji istotnej.

Artykuł warto poznać w całości.

AL. PIOTROWSKI.

KRAJOWY ZAKŁAD PSYCHJATRYCZNY DZIEKANKA

SPRAWOZDANIE

ZA ROK 1928|29

(1. 4. 28 — 31. 3. 29)

Zestawił DYREKTOR DR. MED. DR. PHIL. AL. PIOTROWSKI.

I. Ogólne.

W roku sprawozdawczym Zakład mieścił się w własnych gmachach, położonych w Dziekance, poczta i stacja Gniezno. Zakład posiadał urządzenia dla przeszło 1000 chorych.

Na początku roku sprawozdawczego (dnia 1. 4. 28) znajdowało się w Zakładzie 1009 chorych, w końcu zaś roku (31. 3. 29) 1035 chorych. W opiece rodzinnej przebywało przeciętnie dziennie 33 chorych: 15 mężczyzn i 18 kobiet.

W roku sprawozdawczym leczyło się w Zakładzie przeciętnie dziennie 1018 chorych.

Rewizje: Rewizji Kasy Zakładu i ekonomji dokonali wyższy radca rachunkowości Arndt (2 x) i wyższy radca krajowy p. Szyszka (1 x). Wizytowali Zakład: p. Starosta Krajowy (1 x), p. wicestarosta dr. Hubert (1 x), pozatem w. r. krajowy p. Szyszka (2 x).

Personalja: W dniu 27. 7. 28. wstąpił do służby kand. med. Józef Medem, w dniu 18. 10. 28 lekarz-asystent dr. Franciszek Wilczyński, w dniu 15. 11. 28 lekarz-asystent dr. Adam Liszka, w dniu 1. 1. 29 lekarz-asystent dr. Wacław Gorzkowski, w dniu 15. 1. 29 lekarz asystent dr. Stanisław Świerczek, w dniu 1. 3. 29 kand. med. Brunon Jesionowski.

Opuścili służbę: w dniu 31. 5. 28 lekarz-asystent dr. Stanisław Nurczyk, lekarz-asystent dr. Wiktor Raczek, w dniu 14. 6. 28 kand. med. Stefan Galon, w dniu 1. 7. 28. lekarz-asystent dr. Aleksander Bernadzikowski, w dniu 15. 8. 28 kand. med. Kazimierz Rutendolff-Przewoski, w dniu 28. 2. 29 lekarz-asystent dr. Adam Liszka.

Zmiana młodszego personału pielęgniarskiego, pomocniczego i posługującego, wynosiła w stosunku do stanu z dnia 31. 3. 28 — 15% dla personału męskiego i 17% dla żeńskiego. Z pomiędzy personału starszego nikt nie opuścił służby.

Na czele Zakładu stał Dyrektor dr. med. dr. phil. Aleksander Piotrowski. Z końcem roku sprawozdawczego pełnili w Dzie-

kance służbę lekarską obok dyrektora: prymarjusz dr. O. Bielawski, prymarjusz dr. J. Gawroński, lekarze-asystenci dr. H. Zajączkowski, dr. Fr. Wilczyński, dr. W. Gorzkowski i dr. St. Świerczek oraz kand. med. J. Medem i Br. Jesionowski.

Lekarze składali na zwykłych konferencjach codziennych (z wyjątkiem świąt i niedziel) sprawozdania o ważniejszych wydarzeniach na oddziałach, omawiali stan cielesny i psychiczny ciężko chorych, zabiegi terapeutyczne, zachowanie się nowo przyjętych pacjentów i wogóle pacjentów z osobliwymi psychopatologicznymi przejawami. Przy tej sposobności były rozpatrywane niejasne przypadki chorobowe, orzeczenia sądowo-psychjatryczne itp.

Na tygodniowych posiedzeniach klinicznych omawiano aktualne sprawy naukowe z dziedziny psychjatrji, psychologji i pokrewnych dziedzin, o ogólnem znaczeniu teoretycznem i praktycznem, i rozpatrywano ciekawe przypadki psychjatryczne, neurologiczne i sądowo-psychjatryczne.

Bibliotekę lekarską skompletowano 36 książkami i abonowano — przeważnie drogą wymiany za Nowiny Psychjatryczne, — następujące czasopisma lekarskie:

1. Archiwum Higjeny
2. „ Historji i Filozofji Medyc.
3. Biologję Lekarską,
4. Czasopismo Sądowo — Lekarskie,
5. Czyn Młodzieży,
6. Gruźlicę,
7. Higjenę Ciała i Sport,
8. Junaka,
9. Kwartalnik Kliniczny,
10. Lekarza Wojskowego,
11. „ Polskiego,
12. Medycynę,
13. „ Doświadczalną i Społ.
14. „ Praktyczną,
15. Neurologję Polską,
16. Nowiny Lekarskie,
17. „ Społeczno Lekarskie,
18. „ Psychjatryczne
19. Pamiętnik Warszawsk. Tow. Lek.
20. „ Wileńskiego „ „
21. Polską Gazetę Lekarską,
22. Polski Czerwony Krzyż,
23. Przegląd Dentystyczny,
24. „ Dermatologiczny,
25. Przegląd Zdrojowo — Kąpielowy,
26. Rocznik Psychjatryczny,
27. Roczn. XXXIV. Tow. Nauk. w Toruniu
28. Fontes,
29. Szkołę Specjalną,
30. Trzeźwość,
31. Terapja Nowa,
32. Warszawskie Czasopismo Lekarsk,
33. Wiedzę Lekarską,
34. Wychowanie Fizyczne,
35 Zagadnienia Metapsychiczne,
36. „ Rasy,
37 „ Rasy Żydowskiej w Świetle Historji,
38. Zdrowie,
39. Medyko — Bilogiczeskij żurnal,
40. Annales Médico-Psychologiques,
41. Gazette des Hôpitaux,
42. La Presse Médicale,
43. L' Encéphale,
44. L' Higiène Mentale,
45. Le Monde Médicale,
46. Revue Neurologique,
47. Il Pisani,
48. Rassegna di Studii Psichiatrici,

49. Rivista di Patalogia Nervosa e Mentale
50. Neurologia
51. The Journal of Mental Science
55. Mental Hygiene
53. Mental Hygiene Bulletin
54. Fortschritte der Medizin
55. Forschritte der Neurologie und Psychiatrie
56. Irrenpflege
57. Wiener Klinische Wochenschrift
58. Zentralblatt für die gesamte Neurologie i Psychiatrie
56. Revue v Neurologii a Psychiatrii
60. Przegląd Antropologiczny

W roku sprawozdawczym ogłoszono drukiem, przeważnie w Nowinach Psychjatrycznych, wzgl. referowano następujące prace z Dziekanki.

I. Dyr. dr. med. dr. phil. Al. Piotrowski redagował Nowiny Psychjatryczne i założył „Przewodnik pielęgniarski", czasopismo poświęcone pielęgniarstwu psychjatrycznemu dla użytku personału szpitali psychjatrycznych, jako dodatek do Nowin Psychjatrycznych i ogłosił drukiem w Nowinach Psychj.

1) Uwagi krytyczne do Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o opiece nad osobami psychicznie choremi, Nowiny Psychjatryczne 1928, III—IV,

2) Odpowiedź na „Sprostowanie" dyr. dr. Bednarza, Now. Psychj. 1928, III—IV.

Pozatem, wygłosił kilka referatów na posiedzeniach klinicznych i umieścił parę streszczeń i ocen w Nowinach Psychjatrycznych.

II. Prymarjusz dr. J. Gawroński ogłosił drukiem:

1) Stanowisko psychjatry i lekarza — wychowawcy wobec nowego prawodawstwa o dziecku — przestępcy zagranicą i w Polsce, Now. Psychj. 1928, III—IV.

Pozatem, p dr. Gawroński umieścił w Nowinach Psychjatrycznych streszczenia i oceny prac autorów francuskich, oraz wygłosił publiczny odczyt popularyzujący zasady opieki rodzinnej.

III. Prymarjusz dr. O. Bielawski ogłosił drukiem:

1) Epilepsja a kodeks karny, Nowiny Psychj. 1928, III—IV,

2) O zbrodni i zbrodniarzu — Szkic kryminologiczny, — jako dodatek do Nowin Psychjatrycznych.

Pozatem dr. Bielawski wygłosił szereg referatów na posiedzeniach klinicznych lekarzy w Dziekance.

IV. Lekarz-asystent dr. H. Zajączkowski ogłosił drukiem w Nowinach Psychjatrycznych:

1) VIII. Zjazd Psychjatrów Polskich w Warszawie dn. 27, 28 i 29 maja 1928, Nowiny Psychjatryczne 1928, III—IV,

2) Zaburzenia czucia powierzchownego w epilepsji, Nowiny Psychj. 1928, III—IV,

3) Zespół „haines familiales“ w epilepsji (w streszczeniu), Nowiny Psychj. 1928, III—IV.

Pozatem umieścił w Nowinach Psychj. kilka streszczeń i ocen oraz wygłosił szereg referatów na posiedzeniach klinicznych lekarzy w Dziekance.

Rendantem (poborcą) zakładowym był p. Kaczmarek, inspektorem Zakładu p. Cabański, sekretarzem p. Domagalski.

Duszpasterstwo sprawowali: ks. proboszcz Chilomer, pastor Heyse i rabin dr. Krausz.

Nabożeństwa odbywały się w kaplicy zakładowej: dla katolików co tydzień, dla ewangielików co 2 tygodnie, dla żydów co 4 tygodnie w sali wykładowej. Pacjenci katolicy przystępowali do sakramentów św., o ile ich stan psychiczny na to zezwalał.

Zakład liczył w roku sprawozdawczym (31. 3. 29.) urzędników i funkcjonarjuszy:

Etatowych					Klasyfikowanych						Kontraktowych					Pobocznych			razem
lekarzy	urzędn. admin.	rzemieśników	pielęgniarzy	służby	lekarzy	urzędn. admin.	pom. biur.	rzemieślników	pielęgniarzy	służby	lekarzy	pom. biur.	rzemieślników	pielęgniarzy	służby	duszpasterzy	organ.	prakt. lek.	
2	3	4	27	4	2	—	2	5	12	4	3	5	—	90	11	3	1	2	180

Stosunek ilościowy personalu pielęgniarskiego do pacjentów przedstawiał się przeciętnie jak 1:10. Dnia 3. 3. 29 Zakład zatrudniał personalu ogółem (lekarzy, urzędników, pielęgniarzy i pielęgniarek, oraz służby) 174 + 6 pob. = 180, na 1035 pacjentów, t. zn. że ogólny stosunek ilościowy personelu do pacjentów przedstawiał się jak 1:5,9.

W roku sprawozdawczym przypadało w Dziekance na 1 lekarza przeciętnie 148 chorych (w roku 1927-28 — 194.5 chorych).

W celach terapeutycznych było zajętych przeciętnie 93% pacjentów rozmaitemi pracami na roli, w ogrodach, w pawilonach we warsztatach, w biurach i robótkami ręcznemi.

Pożywienie: Na dzienną porcję składało się przeciętnie:

Klasa	chleba gr.	bułek gr.	mięsa gr.	tłuszczu gr.	mleka l.	jarzyn gr.	krupów g r	ziemniak. gr.	mąki gr.	kawy gr.	cukru gr.	herbaty gr.	jaj szt.	owoców gr.	śmietany gr	śledzi gr.	ryb gr
I	330	200	275	100	3	400	150	700	80	30	75	3	1 ½	150	50	—	30
II	500	—	275	100	3	400	150	700	80	30	60	2	1	120	40	—	7
III	500	—	90	60	2	400	100	800	40	20	45	2	—	40	—	18	—

W czasie świąt i uroczystości otrzymywali pacjenci oprócz powyższych ilości jeszcze 500 gr. placka wzgl. strucla, 150 gr kiełbasy i po 2 wzgl. 1 jajku.

Chorzy zatrudnieni pożyteczną pracą, otrzymywali jako dodatek 10 gr. tłuszczu, 115 gr. chleba i 70 gr. kiszki lub sera. Cieleśnie słabi chorzy otrzymywali dodatki do pożywienia zwykłego składające się z 2 jaj, ½ — 1 litr. mleka i 200 gr. bułek. Obłożnie chorzy otrzymywali djetę.

Opłata za pacjentów klasowych wynosiła w I kl. 11,- zł., w kl. II. 4,75 zł., w kl. III. 3,25 zł. dziennie Pacjenci z poza województwa Poznańskiego dopłacali do powyższych stawek 30%. Opłata za utrzymanie dzienne ubogiego pacjenta z województwa Poznańskiego wynosiła w roku sprawozdawczym 1,85 zł, a jego faktyczne całkowite utrzymanie kosztowało

	1928									1929		
w miesiącach	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X.	XI	XII	I	II	III
złotych	8,34	2,02	2,22	3,37	1,77	4,33	3,74	1,87	5 39	,25	2,29	3,48

Miejsc bezpłatnych było w roku sprawozdawczym 3: 1 całkowite, 1 — ¾, 1 — ½. Dni zakładowych, spędzonych przez chorych psychicznie w Zakładzie wzgl. na oddziałach w roku sprawozdawczym było: 371.330, a ogólna suma wydatków wynosiła w tym czasie 1.408.012.32 zł., zatem przeciętne dzienne koszty utrzymania jednego chorego przedstawiały kwotę 3,93 zł.

W okresie sprawozdawczym odbyły się dla pacjentów 24 zabawy, mianowicie 8 przedstawień teatralnych połączonych z tańcami, 3 przedstawienia kinematograficzne i 13 zabaw tanecznych; pozatem odbywały się koncerty radjowe na sali i w kasynie dla pensjonarzy.

W Dniu 3 maja odbyły się uroczystości ku uczczeniu konstytucji, 10 listopada z okazji 10-lecia niepodległości Polski, 27 listopada jako 10-tą rocznicę oswobodzenia Lwowa. 26 lutego odbyła się akademja z powodu imienin Dyrektora. Wygłoszone zostały okolicznościowe odczyty, przemowy, deklamacje, śpiewy wykonane przez pacjentów i pacjentki, przy akompaniamencie orkiestry zakładowej złożonej z pacjentów.

Od wiosny 1928 aż do późnej jesieni pacjenci grywali w tenis, footbal, kręgle, robili wycieczki powozami, wozami żniwnymi, koleją lub samochodami w dalsze i bliższe okolice Dziekanki. Dla rozrywek pacjentów Zaklad posiada w pensjonacie 2 bilardy i w kasynie lekarskiem 3-ci bilard, z których pacjenci korzystali w bardzo szerokiej mierze.

Jak w latach ubiegłych, tak w okresie sprawozdawczym urządzono w jesieni na zakładowym placu tenisowym konkurs tenisowy dla pacjentów i gości. I-szą nagrodę w postaci srebrnego kubka otrzymał pacjent M, II-gą nagrodę w postaci srebrnej pieczątki otrzymał pacjent K., III-cią nagrodę w postaci żetonu otrzymał pacjent B.

Na przedstawienia teatralne, koncerty, do kina i na inne widowiska w Gnieźnie posyłano pacjentów socjalnych; wstępne za ubogich opłacał Zakład.

W roku sprawozdawczym zakupiono aparat do wyświetlania filmów i zrobiono 4 saneczki. Pacjenci oddawali się z przyjemnością saneczkowaniu na górzystym terenie zakładowym.

II. STATYSTYKA. TABLICA I.

Stan ilościowy chorych:

	mężcz.	kobiet	razem	mężcz	kobiet	razem
W dniu 31. 3. 28 było				519	490	1009
Przybyło w czasie od 1. 4. 28 do 31. 3. 29 . . .				205	174	379
Leczono ogółem " " " " " " " . . .				724	664	1388
Ubyło w czasie od 1. 4. 28 do 31. 3. 29:						
1) przez wypisanie:	143	125	268			
2) przez śmierć:	41	38	79			
3) przez samowolne oddalenie się:	4	2	6	188	165	353
Pozostało na 31. 3. 29:				536	499	1035

Śmiertelność wynosiła w roku sprawozdawczym 5,69%. Jeżeli jednak z ogólnej liczby zmarłych potrącimy 7 (3 mężczyźni i 4 kobiety), których przyjęto do Zakładu w stanie dogorywania, odsetka śmiertelności w Zakładzie wyniesie 5,19%.

TABLICA II. Stan chorych według wyznania.

	rz. katol.		gr. katol.		protest.		żydzi.		prawosł.		ogółem:		
	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k	m.	k	m	k.	razem:
w dn. 31. 3. 28.	361	312	24	28	70	81	57	64	7	5	519	490	1009
przybyło w roku 1928/29.	176	134	3	—	14	19	11	20	1	1	205	174	379
razem	537	446	27	28	84	100	68	84	8	6	724	664	1388
ubyło 28/29.	158	116	2	—	15	21	11	27	2	1	188	165	353
pozostaje na 31. 3. 29.	379	330	25	28	69	79	57	57	6	5	536	499	1035

TABLICA III. Wiek pacjentów nowo przyjętych.

	m.	k.
do lat 20	17	21
„ „ 30	8	54
„ „ 40	54	48
„ „ 50	32	25
„ „ 60	15	17
„ „ 70	4	4
„ „ 80	—	3
wiek nieznany	2	2
Razem	205	174

TABLICA IV. Rozpoznanie choroby u pacjentów nowoprzyjętych

Rozpoznanie	katolicy		protest.		prawosł.		żydzi		razem	
	m.	k.	m	k.	m	k.	m.	k.	m	k
Paralysis progr.	27	6	1	—	—		2	1	30	7
Taboparalysis	3	—	—	—	—	—	—	—	3	—
Arteriosclerosis	1	—		—	—	—	—	1	1	1
Lues cerebri	5	4	1	—	—	—	—	—	6	4
Dementia senil	3	6	1	—	—	—	—	—	4	6
Psych. praesenilis	5	6	—	—	—	—	—	—	5	6
Encephalitis leth.	1	2	1	—	—	—	—	—	2	2
Parkinsonismus	3	—	—	—	—	—	—	—	3	—
Morbus Basedowii	1	—	—	—	—	—	—	1	1	1
Epilepsia	26	8	1	—	—	—	—	1	27	9
Oligophrenia	24	24	1	3	—	—	1	6	26	33
Amentia	3	4	—	3	1	—	—	—	4	7
Psych. m. — depr.	11	17	1	1	—	—	2	4	14	22
Melancholia	5	6	1	3	—	—	—	1	6	10
Psych. puerperalis	—	2	—	—	—	—		3	—	5
Psych. reactiva	4	12	—	1	—	—	—	—	4	13
Delirium febrile	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Alcoholismus	5	1	—	—	—	—	—	—	5	1
Delirium tremens	1	—	2	—	—	—	—	—	3	—
Morphinismus	5	1	—	—	—	—	—	—	5	1
Pantoponismus	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Psychopathia	8	3	—	—	—	—	—	—	8	3
Paranoia	3	6	2	1	—	—	—	—	5	7
Paraphrenia	2	3	—	—	—	—	—	1	2	4
Schizophrenia	21	14	2	1	—	—	6	1	29	16
Hysteria	5	8	—	6	—	1	—	—	5	15
Status mixtus Kraepelini	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
Orientierter Daemmerzustand	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Sine morbo	4	—	—	—	—	—	—	—	4	—
razem	179	134	14	19	1	1	11	20	205	174

TABLICA V.

Stan rodzinny chorych przyjętych w roku sprawozdawczym.

	m.	k.
samotni	119	97
stanu małżeńskiego	76	50
wdowcy i wdowy	2	20
w rozwodzie	1	2
stan niewiadomy	7	5
Razem	205	174

TABLICA VI.

Poraz który w zakładzie.

	m.	k.
poraz 1	148	120
„ 2	35	32
„ 3	11	17
„ 4	3	2
„ 5	2	1
niewiadomo	6	2
Razem	205	174

TABLICA VII.

Jak długo chorował pacjent przed przyjęciem do Zakładu.

	m.	k.	razem
do 1 miesiąca	44	35	79
„ 2 miesięcy	13	19	32
„ 3 „	5	4	9
„ 4 „	5	2	7
„ 5 „	2	4	6
„ 6 „	13	13	26
„ 1 roku	23	18	41
„ 2 lat	15	14	29
„ 3 „	18	14	32
„ 5 „	18	6	23
„ 10 lat	10	7	17
ponad 10 lat	13	18	31
od dzieciństwa	11	13	24
niewiadomo	15	8	23
razem	205	174	379

Dziedziczność stwierdzono w roku sprawozdawczym u 31,93% nowoprzyjętych (121 na 379).

W celach obserwacji sądowo-psychjatrycznej przebywało w Zakładzie w roku sprawozdawczym 12 osób — 11 mężczyzn i 1 kobieta.

Łącznie z orzeczeniami wydanemi na rozprawach sądowych bez poprzedzającej obserwacji psychjatrycznej w Zakładzie, lekarze zakładowi wydali w roku sprawozdawczym orzeczeń sądowo psychjatrycznych (karnych i cywilnych) — 69(42 orzeczeń w sprawach karnych i 27 w sprawach cywilnych).

TABLICA VIII.

Śmiertelność w poszczególnych miesiącach.

w kwietniu	1928	=	2 mężcz.	+	11 kob.
w maju	1928	=	4 „	+	7 „
w czerwcu	1928	=	4 „	+	4 „
w lipcu	1928	=	3 „	+	2 „
w sierpniu	1928	=	4 „	+	3 „
w wrześniu	1928	=	3 „	+	2 „
w październiku	1928	=	3 „	+	1 „
w listopadzie	1928	=	4 „	+	1 „
w grudniu	1928	=	3 „	+	— „
w styczniu	1929	=	3 „	+	2 „
w lutym	1929	=	3 „	+	1 „
w marcu	1929	=	5 „	+	4 „
			41 mężcz.		38 kob

TABLICA IX.

Klasa wyżywienia	I. klasa		II. klasa		III. klasa		Bezpł. miejsca						razem		
	m.	k.	m.	k.	m.	k.	1/1		3/4		1/2		m.	k.	ogółem
							m	k.	m.	k.	m.	k.			
Stan w dniu 31 3.28.	8	19	32	33	478	436	1	—	—	1	—	1	519	490	1009
a) przyjęto nowych pacjentów	8	16	37	49	160	109	—	—	—	—	—	—	205	174	379
b) przepisano z innych klas	2	1	11	20	5	16	—	—	—	—	—	—	18	37	55
razem	18	36	80	102	643	561	1	—	—	1	—	1	742	701	1443
Ubyło:															
a) zwolniono	10	14	34	46	144	105	—	—	—	—	—	—	188	165	353
b) przepisano do in. klas	1	6	7	17	10	14	—	—	—	—	—	—	18	37	55
razem	11	20	41	63	150	119	—	—	—	—	—	—	206	202	408
pozostało na 31. 3. 29:	7	16	39	39	489	442	1	—	—	1	—	1	536	499	1035

TABLICA X.

Wypisano z Zakładu

po pobycie w Zakładzie do lat	miesięcy	wyleczonych		w stanie polepsz.		bez zmiany		bez objawów chorobow.		zmarło		razem	
		m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.
	1	8	6	6	5	8	10	—	—	6	6	28	27
	2	7	8	7	6	4	7	4	—	1	4	23	25
	3	12	8	10	8	7	5	—	—	2	1	31	22
	6	14	9	7	16	4	7	—	—	4	5	29	37
	12	6	6	11	9	4	4	—	—	5	3	26	22
2		3	2	4	3	5	1	—	—	9	8	21	14
5		5	2	3	1	3	3	—		11	10	22	16
10		1	1	—	—	2	—	—	—	3	—	6	1
15		—	—	—	—	2	—	—	—	—	1	2	1
ponad 15 lat		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
razem		56	42	48	48	39	37	4	—	41	38	188	165

TABLICA XI.

Zawód pacjentów.

A) Mężczyźni:	Stan 31.3.28	przybyło w r. sprawozd.	ubyło w r. sprawozd.	pozostało na 31.3.29
Ziemianie	4	1	1	4
Gospodarze rolni	41	22	18	45
Przemysł i rzemiosło	75	39	46	68
Kupcy	27	14	16	25
Uczeni	19	16	11	24
Nauczyciele	9	7	8	8
Uczniowie	14	9	6	17
Urzędnicy i wojskowi	40	18	17	41
Handlarze i kelnerzy	14	4	5	13
Robotnicy	186	63	53	196
Bez zawodu	90	12	7	95
razem	516	205	188	536

B) kobiety:	Stan 31.3.28	przybyło w r. sprawozd.	ubyło w r. sprawozd.	pozostało na 31.3.29
1) bez zawodu:				
żony i córki z intelig.	40	18	15	43
„ „ z stanu średn.	99	53	48	104
„ „ ze stanu robotn.	113	32	33	112
2) ze stanu zarobkującego				
nauczycielki i bony	19	9	7	21
krawcowe, modniarki	16	8	7	17
książkowe, sprzedawaczki	13	8	5	16
gospodynie, kucharki	7	8	3	12
pielęgniarki, akuszerki	5	2	5	2
służące, robotnice	178	36	42	172
razem	490	174	165	499

TABLICA XII.

	od 1. IV. 1928 do 31. III. 1929
Choroby zewnętrzne.	
a) róża	3 + 6 [1] 9
b) świerzb	6 + 5 11
c) ropnie i wrzodzianki	9 + 28 37
d) odleżyny (1 pacjent i 1 pacjentka przybyła z odleżynami)	1 (1) + (1) 1 (2)
Choroby wewnętrzne.	
a) rozwolnienie	12 + 3 15
b) czerwonka	— + 1 1
c) dur brzuszny	1 + 2 (1) 3 (1)
d) gruźlica otwarta	8 + — 8
e) odra	— + 1 1
f) jaglica	4 (1) + 8 (2) 12 (3)
Inne niepożądane zjawiska.	
1) zanieczyszczenie	10 i 8 18
2) samowolne opuszczenie zakładu	
a) z oddziałów otwartych	7 i 4 [2] 11
b) z oddziałów zamkniętych (pod ścisłym dozorem)	4 i 2 6
3) usiłowane samobójstwo bez następstw poważnych	4 i 2 6
4) usiłowane samobójstwo z zejściem śmiertelnem	— i 1 1
5) przyp. uszkodz. cielesne z powodu nieostrożn. pacjenta	— i 2 2
6) wybryki pacjentów względem lekarzy i pielęgniarzy	4 i 7 11
7) bójki pacjentów między sobą	4 i 9 13
8) poród z nielegalnego zapłodnienia pacjentki	— i 1 1

[1]) mężczyźni i niewiasty / razem

[2]) nie uwzględniono pacjentów mających swobodę, którzy znów wrócili.

TABLICA XIII.

Terapja.	d 1. IV. 1928 do 31. III. 1929
1) zabiegi chirurgiczne	48 + 50 98
2) drobne i większe opatrunki	205 + 102 307
3) karmienie zgłębnikiem	8 + 8 16
4) zastrzyki skopolaminy	2 + — [1]) 2
5) kąpiele prolongowane	
a) ze względów psychjatrycznych	0 (73) i 3 (98) [2]) 23 (171)
b) ze „ cielesnych	3 (50) i 31 (158) 51 (308)
6) nasenniki	27 (89) i 52 (234) 79 323
7) leki w chorobach somatycznych	(7) (235) i 41 (482 81 (7 7)
8) leki przeciw nap. epilep.	[illegible] 7 [illegible] (1490) 79 (210
9) zastrzyki extr. opii	1 (1) + 9 (154) 10 (155)
10) leki antyluetyczne	12 + 9 21
11) zimnicę stosowano w przypadkach pp.	24 + — 24
12) „ „ „ schizofrenji	5 + 21 26
13) autohemoterapja	2 + 16 18
14) zajętych pacjentów było przeciętnie dziennie	95%
Śmiertelność.	
1) zmarło ogółem	38 (3) + 34 (4) [3]) 72 (7)
2) zmarło na gruźlicę	16 + 18 34
3) autopsji dokonano	10 + 17 27
Uszkodzenie przedmiotów przez pacjentów.	
1) szyby i ściany	8 + 14 22
2) meble	2 + 1 3
3) odzież	8 + 10 18
4) bieliznę	7 + 7 14

[1]) Wbrew intencjom Dyrekcji.

[2]) Liczby oznaczają ilość chorych, liczby w nawiasach oznaczają ilość stosowań.

[3]) Liczby w nawiasach oznaczają chorych, którzy przybyli do Zakładu w stanie dogorywania i umarli bezpośrednio po przyjęciu.

TABLICA XIV.

Przyczyny śmierci	m.	k.	razem
Paralysis progressiva	5	1	6
Taboparalysis	1	—	1
Lues cerebri	1	—	1
Tabes dorsalis	1	—	1
Apoplexia	3	1	4
Meningitis	2	—	2
Status epilepticus	1	—	1
Phthysis pulmonum et intestin.	16	18	34
Pneumonia	3	3	6
Bronchopneumonia	1	1	2
Endocarditis	1	—	1
Vitium cordis	—	6	6
Insufficientia cordis	4	5	9
Nephritis chronica	1	—	1
Anaemia perniciosa	—	1	1
Marasmus arterioscleroticus	1	—	1
Marasmus senilis	—	2	2
razem:	41	38	79

III. Administracja.

Zakres czynności poszczególnych urzędników zakładowych i ich współdziałania normowany jest ogólnie: regulaminem dla Zakładu z dnia 5. 3. 1895 r., przepisami służby wewnętrznej z dn. 2. 3. 1897 r., przepisami dla służby pielęgniarskiej z dnia 15. 8. 1901 r. z zał. A., B. i C, instrukcjami z dnia 2. 3. 1897 r., instrukcjami dla kas zakładowych z dnia 27. 2. 1901 r.. pozatem rozporządzeniem Starostwa Krajowego z dnia 12. 4. 28. L. dz. 2001/28 —1., dot. opłaty stemplowej od ustnych wniosków o wydanie świadectwa; rozp. Star. Kraj. z dnia 28. 4. 28, L. dz. 603/28—XIV, zakazującem urzędnikom zawierania stosunków gospodarczych z instytucjami, w których pracują; rozp. Star. Kraj. z dnia 8. 5. 28, L. dz. 2749/28—1 dot. popierania przemysłu krajowego; rozpar.S .t Kraj. z dnia 11. 6. 28, L. dz. 859/28—III, dot. korespondencji psychicznie chorych; rozp. Star. Kraj z dnia 8. 6. 28, L. dz, 4035/28 —I dot. lokowania funduszów; rozp. Star. Kraj. z dnia 27. 8. 28, L. dz. 6027/28—I w sprawie zaksiążkowania grzywien dyscyplinarnych; rozp. Star. Kraj. z dnia 29. 8. 28, L. dz. 6519/28—I. dot.

ściągania kosztów leczenia w szpitalach publicznych; rozp. Star. Kraj. z dnia 15. 10. 28, L. dz. 1574/28—III dot. podawania przyczyny zgonu pacjentów; rozp. Star. Kraj. z dnia 20. 10. 28, L. dz. 1601/28—VIII dot. regulaminu służby lekarskiej; rozp. Star. Kraj. z dnia 19. 11. 28, L. dz. 13109/28 —III. dot. kosztów leczenia emerytowanych funkcjonarjuszów państwowych; rozp. Star. Kraj. z dn. 31. 12. 28, L. dz. 14853/28—VIII. dot. kosztów przewiezienia umysłowo chorych repatrjantów; rozp. Star. Kraj. z dnia 12. 1. 29, L. dz. 265/29—I dot. kasowania znaczków stemplowych; rozp. Star. Kraj. z dnia 23. 1. 29, L. dz. 348/29—osb., dot. przyjmowania, zwalniania i zaszeregowania do grup uposażeniowych pracowników Pozn. Woj. Zw. Kom.; rozp. Star. Kraj. z dnia 18. 2. 29, l. dz. 1141/29—I, dot. popierania przemysłu krajowego; rozp. Star. Kraj. z dnia 28. 2. 29, l. dz. 276/29—XIV, w przedm. przestrzegania zarządzenia z dnia 15. 12. 25, l. dz. 8379/25—I, o asygnowaniu zaliczek; rozp. Star. Kraj. z dnia 9. 3. 29, l. dz. 43/29—I, dot. częściowej zmiany przepisów budżetowych; rozp. Star. Kraj. z dnia 12. 3. 29, L. dz. 2292/29—I., dot. zniesienia zaliczek z końcem roku budżetowego 1928/29.; rozp. Star. Kraj. z dnia 14. 3. 29, L. dz. 1006/29—osb., w przedm. udzielania urlopów wypoczynkowych; rozp. Star. Kraj. z dnia 23. 3. 29, l. dz. 2790/29—I, w sprawie zaległości z tytułu kosztów leczenia w zakładach i przedsiębiorstwach wojewódzkich.

Według przepisów, obowiązujących w roku sprawozdawczym, Zakład przedłożył perjodycznych sprawozdań dwutygodniowych 24, miesięcznych po 14 = 168, rocznych 6.

Urzędowanie opierało się na 54 wzorach formularzowych.

Prace powyższe wykonywało: 3 urzędników biurowych administracyjnych i 7 kancelaryjnych.

W roku sprawozdawczym urzędnicy Zakładu odbyli 19 podróży służbowych:

	1928									1929			
w miesiącu	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.	I.	II.	III.	razem
	4	2	1	3	1	—	3	1	1	1	—	2	19

Z wymienionych podróży służbowych było: do Starostwa Krajowego 13, z tych na zarządzenie Starostwa Krajowego 5, na zarządzenie Dyrekcji Zakładu — 8.

Podróże do Starostwa odbyły się w sprawie inwentarza ruchomego i nieruchomego, eksponatów na Wystawę Krajową, pro-

jektowanego instytutu fizyko — terapeutycznego, mebli, odzieży, budownictwa, w sprawach personalnych oraz na konferencje rendantów; pozatem, podróże lekarzy zakładu na Wszechpolski Zjazd Psycnjatrów Polskich w Warszawie, Zjazd Komisji Psychjatrycznej w Tworkach, zakup przyrządów laboratoryjnych analitycznych i serologicznych. Inne podróże podejmowano: w celu kupna aparatu kinowego dla Zakładu, reparacji części maszyn, badania pacjentów na jaglicę, oraz przewiezienia pacjentów do innych zakładów lub do domu.

Urządzono własne laboratorjum serologiczne.

W okresie gospodarczym wykonano następujące prace inwestycyjne w Zakładzie:

Kompletnie odrestaurowano wszystkie sale, pokoje, korytarze i ubikacje poboczne w pensjonatach dla kobiet i mężczyzn; w salach i pokojach dla chorych wyklejono ściany tapetami, również odrestaurowano kompletnie 6 pawilonów otwartych, VIII, IX. i X. dla kobiet i VIII, IX. i X. dla mężczyzn, mieszczących 48 sal, 6 korytarzy, 6 umywalni i 6 ubikacji pobocznych.

W tych pawilonach pomalowano ściany i sufity klejową farbą, częściowo olejną.

W pawilonie IV. dla kobiet pomalowano pokój lekarski, dalej odrestaurowano murowaną kręgielnię, w budynku administracyjnym odrestaurowano wszystkie pokoje biurowe wzgl. kasowe, poczekalnię, mieszkania dla lekarza asystenta, pokój mieszkalny II. oddźwiernego, w mieszkaniu rendanta wytapetowano 1 pokój. korytarz i pomalowano kuchnię, a przy kasynie lekarskiem urządzono umywalnię. Pozatem oparkaniono cmentarz od strony wschodniej, stawiając płot sztachetowy, do którego zużyto drzewo z parków zakładowych, które trzeba było wyciąć, bo stały za gęsto. Parkan pomalowano olejną farbą w celach konserwacji.

Dalej przeprowadzono bardzo kosztowny remont dachów i okapów na następujących budynkach: paw. III, IV, V, VI, VII, VIII, IX. i X. dla kobiet, oraz paw. IV, VI, VII, VIII, IX i X. dla mężczyzn. Z wymienionych 14 dachów usunięto piasek, naprawiono wiązanie, spróchniałe i uszkodzone belki i deski zastąpiono nowemi, dachy pokryto podwójną warstwą świeżej papy i smołowano takowe.

Taki sam remont przeprowadzono przy dachu budynków gospodarczych za wyjątkiem dachu nad stolarnią i kotłownią, któ-

re w poprzednich latach były naprawione, oraz częściowo przy dachu II. paw. dla kobiet.

Przy wszystkich wymienionych dachach założono nowe rury spadowe, częściowo mianowicie tam, gdzie nie zachodziła tego konieczna potrzeba, takowe wyreperowano. Dnia 8. 10. 28 z niestwierdzonej przyczyny wybuchł pożar w piwnicy XI. pawilonu m., gdzie spalił się aparat do suszenia owocu. Szkodę pokryło Krajowe Ubezpieczenie Ogniowe w Poznaniu.

W urządzeniach technicznych Zakładu dokonano w okresie sprawozdawczym następujących inwestycji:

naprawiono duży motor i pompę do pompowania ścieków, w kanałach między kotłownią i paw. IV. ż. i IV. m. założono częściowo nowe rury do ogrzewania, wyczyszczono kotły od centralnego ogrzewania w paw. I, III, IV. m. i ż. oraz rury i wężownice z kamienia, przez co osiągnięto większą wydajność ciepła w pawilonach, rury paronośne w kotłowni i kanałach do poszczególnych budynków zaopatrzono w nową izolację, wyremontowano ręczną pompę do pompowania wody z kanału, zakupiono nowe węże do sikawki pożarowej, rozpoczęto remont 3 studni do wody, które wciągały piasek; usunięto 1 żelazny kocioł do gotowania potraw w kuchni o pojemności 500 litrów i zastąpiono takowy nowym koprowym, naprawiono 1 parownik do parowania ziemniaków, usuwając mocno uszkodzone wewnętrzne ściany z blachy cynkowej i zastępując takowe blachą żelazną.

W roku sprawozdawczym:

a) zakupiono 885 sztuk sprzętów kuchennych,
b) uzupełniono urządzenia higjeniczne; zużyto 1955,5 kg. mydła do prania, do czyszczenia oddziałów, do mycia i kąpania chorych,
c) zakupiono 37 książek do biblioteki beletrystycznej, abonowano dla chorych 5 gazet codziennych i 10 czasopism i ilustracji, które po oprawieniu całego rocznika zapisuje się do biblioteki beletrystycznej, tak że ogółem nabyto 27+10=37 książek,
d) nabyto 36 dzieł dla biblioteki lekarskiej, abonowano 60 czasopism lekarskich, 4 dzienniki urzędowe dla administracji.

Zakład posiada ogółem:

a) 862 dzieł o 917 tomach w bibliotece lekarskiej
b) 174 „ o 208 „ „ „ administracyjnej
c) 2348 „ o 3498 „ „ „ beletrystycznej

W okresie sprawozdawczym zużyto:

a) opału 47.895 centn. węgla, 88 metrów drzewa, 1044,40 centn. koksu w kotłowni, do opalenia kuchni, do prasowania przez cały rok, do oranżerji w okresie zimowym, oraz do ogrzewania 384 ubikacji o ogólnej pojemności 51,493 kbm. w czasie zimowym, przyczem utrzymywano temperaturę 16—20 stopni C.

W czasie ostrych mrozów i wskutek katastrofalnego braku węgla, kiedy prawie we wszystkich dzielnicach polskich nie było można budynków dostatecznie ogrzać, temperatura była nieco niższa

b) światło: 144 540 kilowatów. Oświetlano 730 ubikacji o ogólnej pojemności 89,826 kbm. przez cały rok, dziennie przeciętnie 11 godzin, prócz tego oświetlano drogi i place zakładowe i korytarze domów mieszkalnych.

c) wody: 109,500 kbm.

Ogrodownictwo:

w okresie sprawozdawczym:

dochód z ogrodnictwa wynosił		4735,92 zł.
wydatki wynosiły:		
a) pobory ogrodnika	4.038 zł.	
b) zakup nasion i narzędzi	326,81 „	
	4.364,81 zł.	

Z powyższych wydatków przypada $^3/_5$ na utrzymanie parków i kwiatów. Dla ustalenia zysku w ogrodnictwie potrąca się $^2/_5$ wydatków od rozchodu, zatem

$^2/_5$ rozchodu	1.745,92 zł.
pozostaje	2.990,— zł.

Sprawozdanie z gospodarstwa rolnego.

Obszar ziemi wynosi 518 mórg magdeburskich, w tem 465 mórg pod pługiem; resztę, 53 morgi, stanowią łąki, drogi, rowy, podwórze i cmentarz zakładowy.

Pracę na folwarku wykonywali przeważnie pacjenci Zakładu, bo do obróbki 518 morgowego folwarku potrzeba 28 wykwalifikowanych robotników rolnych a folwark miał do rozporządzenia tylko 11. Robotnicy folwarczni wykonywali przeważnie prace w podwórzu n. p. 1 stangret, 1 włodarz, 1 szwajcar (mleczarz) z pomocnicą, 1 chłopak przy świniach, 1 stróż, 1 mleczarek, 1 chłopak przy drobiu, 2 fornali i 1 dziewczyna zaciężna. Natomiast całą pracę na roli wykonywali pacjenci Zakładu.

Pacjenci zakładu są o tyle wykwalifikowani, że bez żadnej pomocy zdrowych robotników są w stanie folwark obrobić. Pomiędzy pacjentami są tacy, którzy z początku na polu klęczeli, albo całemi dniami płakali, dziś zupełnie samodzielnie pracują. Byli tacy, którzy nie umieli narzędzi rolniczych w rękę ująć, a dziś sprawnie pracują. Np. pacjent M. przed 3 laty wciąż płakał i narzekał, że mu z brzucha krew leci, a dziś jest jednym z najlepszych robotników, nigdy się nie leni, jest w pracy akuratny, dawniej zaczepny i płciowo podniecony, dziś już różne prace wykonuje, a przedewszystkiem nikogo nie bije i nie zaczepia.

Pacjent Sz. zwykle klęka przy pracy; czasem klękał przy pracy na minutę z pięć razy i przytem czapkę zdejmował. Dziś klęka wprawdzie, ale zaledwie dwa razy na godzinę, bo przy pracy o tem zapomina.

Pacjent M idjota, do niczego przed dwoma laty nie zdolny, nie umiał nawet uchwycić łopaty w rękę. Dziś pracuje dobrze i sprawnie. Takich faktów możnaby liczyć na dziesiątki. Zatem można powiedzieć, że tą metodą, t. j. pracą na roli, duża ilość pacjentów, którzy do niczego nie byli zdolni, została wychowana na pożytecznych pracowników.

Rewizje: W roku 1928 był folwark 2 razy wizytowany przez w. radcę krajowego Szyszkę; 2 razy rewidowany przez w. radcę rachunkowości Arndta; 1 raz przez prymarjusza dr. Gawrońskiego w zastępstwie dyrektora Zakładu i 2 razy rewidowany przez inspektora Zakładu Cabańskiego z polecenia dyrekcji.

Budynki: Budynki są wszystkie murowane z palonej cegły, w dobrym stanie, za wyjątkiem obory, która w przyszłości będzie musiała być zastąpiona nową budowlą, bo jest już bardzo stara i nie nadaje się do reparacji. Na konserwacji budynków w roku 1928/29 wydano 2472,82 zł. Powyższe budynki ubezpieczone są w Krajowej Ubezpieczalni Ogniowej w Poznaniu na sumę 64.000 zł.

Rok 1928 był wprost katastrofalnym w tut. okolicy dla rolnictwa. Zima w 1928 roku była prawie bezśnieżna tak, że na tutejszym folwarku wymarzło 56 mórg żyta, tak że kiedy zwykle się sprząta przeciętnie z morgi 8 centnarów, otrzymano tylko 4,75 funtów z morgi. Wymarzło też do cna 33 morgi koniczyny, tak że pole to żadnego plonu nie przyniosło. Nie dopisała też zupełnie saradela z powodu suszy, bo deszcz padał w tutejszej oko-

licy dopiero w miesiącu sierpniu. Nowo zasiana lucerna też z powodu suszy zmarniała. Sprzęt był następujący:

pszenicy	7100 kg.	à 1 kg,	0,44 zł.	—	3.124,— zł
żyta	61100 „	à 1 „	0.33 „	—	20.163,— „
jęczmienia	10450 „	à 1 „	0,32 „	—	3.334,— „
owsa	33368 „	à 1 „	0,32 „	—	10.677,76 „
mieszanki	11115 „	à 1 „	0,32 „	—	3.556,80 „
kartofli	124058 „	à 1 „	0,11 „	—	13.646,38 „
buraków cukr.	102209 „	à 1 „	0,06 „	—	6.132,45 „
siana	43600 „	à 1 „	0,08 „	—	3.488,— „
słomy	159000 „	à 1 „	0,06 „	—	9.540,— „
				razem:	73.662,39 zł.

Jak wynika z powyższego, zboża pomimo mrozu dały naogół lepszy plon jak zeszłego roku, natomiast okopowizna z braku deszczu zawiodła zupełnie.

W miesiącu wrześniu wybuchła pomiędzy trzodą chlewną zaraza (pomór świń),na którą wszystkie świnie zachorowały i trzeba je było przed czasem zabić. Wobec tego że świn było 76 szt., folwark stracił conajmniej 15.000,— zł. licząc za sztukę 200,— zł. Również padł wszystek drób na swoistą cholerę, w ilości 135 sztuk. Natomiast stan zdrowia wśród koni i bydła rogatego był pomyślny.

Folwark posiadał	Koni	bydła	świń	gęsi	kaczek	kur	indyków
1. 4. 1928 było;	22	35	34	5	4	50	6
w czasie od 1. 4. 28 do 31. 3. 1929 przybyło drogą zakupu	3	24	74	—	—	—	—
z własnego chowu	—	21	—	16	10	34	18
razem:	25	80	108	21	14	84	24
W ciągu roku ubyło:							
drogą sprzedaży	4	53	107	16	—	24	—
wskutek choroby	1	—	1	5	14	60	24
Stan w dniu 31. 3. 1929:	20	27	—	—	—	—	—

Roczny udój mleka wynosi 63.630 litrów.

W roku sprawozdawczym zwiózł folwark do Zakładu przeszło 50 000 centnarów węgli, koksu i drzewa. Innych zwózek było: 1.240 wozów niepotrzebnego piasku z dachów, śmieci i żużli, 220 wozów po mleko, oliwę, skóry, narzędzia na dworzec i 912 z dworca, duszpasterstwo i pogrzeby 432 powózek. Razem podwodów dostarczono 2794.

SPRAWOZDANIE FINANSOWE FOLWARKU „DZIEKANKA" ZA ROK 1928/29.

Dział	Rozdział	§	Oznaczenie paragrafu	Według budżetu zł	gr	Rzeczywisty dochód (rozchód) zł	gr	W porównaniu z budżetem mniej zł	gr	więcej zł	gr
			A. Dochody								
1.	I.	1	Od obcych za buraki cukr.	10.175	—	1.880	25	8.294	75	—	—
		2	Od zakładu za ziemiopłody	42.358	75	24.812	71	17.546	04	—	—
		3	Z gospodarstwa rolnego	34,782	—	2.322	74	32.459	26	—	—
	II.	1	Z ogrodu od obcych	—	—	21	—	—	—	21	—
		2	„ „ zakładu	100	—	—	—	100	—	—	—
2.	I.	1	Od obcych za mleko i masło	219	—	6.148	10	—	—	5.929	10
		2	„ zakładu „ „ „ „	18 676	—	12.404	30	6,271	70	—	—
	II.	2	„ „ „ bydło	6.600	—	8.910	80	—	—	2.310	80
	III.	2	„ „ „ świnie	8 800	—	11.349	65	—	—	2.549	65
	IV.	1	„ „ „ drób i jajka	550	—	173	—	377	—	—	—
	V.	1	„ „ „ powózki	5.000	—	5.195	38	—	—	195	38
		2	„ obcych „ „	200	—	62	—	138	—	—	—
3.	I.	2	Nieprzewidziane	266	—	2 500	—	—	—	2.234	—
				127726	75	75.779	93	65.186	75	13.239	93
								51.946	82		
			B. Wydatki								
1.	I	1	Pobory rządcy rolnego	4.104	—	4.053	—	51	—	—	—
	II.	1	Zasługi dla pracown stał.	8.507	40	6.094	70	2.412	70	—	—
		2	Deputat „ „ „	8.072	—	897	—	7.175	—	—	—
		3	Za pracę pacjentów	2.000	—	2.000	—	—	—	—	—
	III.	1	Składki do Kasy Chorych	660	—	650	76	9	24	—	—
		2	Znaczki inwalidowe	330	—	146	28	183	72	—	—
		3	Ubezpiecz. od wypadków	110	—	310	--	—	—	200	—
		4	Na dożynki	300	—	64	75	235	25	—	—
2.	I.	1	Zakup koni i źrebiąt	2.200	—	3.093	50	—	—	893	50
		2	„ krów	9.240	—	9.235	14	4	86	—	—
		3	„ świń i prosiąt	6.600	—	7.560	64	—	—	960	64
	II.	1	Weterynarz i środki leczn.	500	—	370	70	129	30	—	—
		2	Ubezpiecz. bydła od wyp.	27	90	—	—	27	90	—	—
	III.	1	Utrzymanie budynków	2.500	—	2.472	82	27	18	—	—
		2	Zakup i utrzym. narz. roln.	5.500	—	5 696	62	—	—	196	62
		3	Wynagrodz. za wypożycz. młóckarni parowej	2.054	—	762	30	1.291	70	—	—
3.	I.	1	Nasiona	9.540	—	7.342	11	2.197	89	—	—
		2	Artykuły pastewne	36.232	—	18.709	18	17.522	82	—	—
		3	Odpadki kuchenne	1.500	—	1.500	—	—	—	—	—
		4	Nawozy sztuczne	8.860	—	5.676	—	3.184	—	—	—
4.	I.	1	Opał	642	—	639	25	2	75	—	—
		2	Światło	120	—	119	60	—	40	—	—
5.	I.	1	Publiczne wydatki	605	—	279	75	325	25	—	—
		2	Ubezpiecz. od ognia i gradobicia oraz renty grunt.	1.825	—	1 825	—	—	—	—	—
		1	Kucie koni	1.000	—	515	75	484	25	—	—
6.	I.	2	Tenuta dzierżawna	2.337	50	743	75	1.593	75	—	—
		3	Nieprzewidziane	359	95	329	90	30	05	—	—
			Odstawienie nadwyżki do budż. zakład. cfr. dochody zwycz. budż. adm. § 6,	12.000	—	—	—	12.000	—	—	—
				127726	75	81.088	50	48.889	01	2.250	76
								46 638	25		

SPRAWOZDANIE FINANSOWE
Kasy Krajowego Zakładu Psychjatrycznego „Dziekanka“
za czas od 1. kwietnia 1928 do 31. marca 1929 r.

Dział	§	Pozycja	Oznaczenie dochodu	Budżet przewidywał zł	gr	Wpłynęło zł	gr	Zatem mniej zł	gr	Zatem więcej zł	gr
			A. DOCHODY								
A	6	a	Z gospod. rolnego	127.726	75	75.779	93	51.946	82	—	—
		b	„ „ ogrodowego	8.300	—	—	—	8.300	—	—	—
E	64	a	Różne dochody osob.	15.000	—	10.605	76	4.394	24	—	—
		b	„ „ rzeczowe	23.650	—	13.142	83	10.507	17	—	—
F	84		Opłaty bieżące	1.309.039	—	1.149.729	44	159309	56	—	—
	85		„ specjalne	7.000	—	18.406	31	—	—	11 406	31
	86		Zasługi pacjentów	2.000	—	2.000	—	—	—	—	—
E	107		Grzywny dyscyplinarne	35	—	—	—	35	—	—	—
	108		Wydawnictwo	1,200	—	1.022	63	177	37	—	—
	109		Różne wpływy	949.	25	9.106	64	—	—	8.157	39
			Resztki z poprzedniego okresu budżetowego	—	—	22.367	62	—	—	22.367	62
			Zwroty połączone wznowieniem kredytu rozch.	—		22	85	—	—	22	85
			razem	1.491.900	—	1.302.184	01	234670	16	41 954	17
								192715	99		

Dochody gotówkowe w okresie budżetowym 1928/29
wynoszą . . . . . 1.302.184, 01 zł
Wydatki za ten sam czas wynoszą . . 1.408.012, 32 zł
Saldo 105.828, 31 zł

Na końcu roku budżetowego 1928/29 pozostały nieuregulowane koszty utrzymania za pacjentów, które się ściąga, w kwocie . 33.515 05 zł.
Prócz tego zapłacono z zapasów gotówkowych następujące kwoty nieobjęte budż. zakład.
1) firmie Hedinger z Poznania za naprawę centralnego ogrzewania . . . 3,534,62 zł
2) „ Tudor z Warszawy za akumulatory . 8,278.40 zł
3) „ Rogowski z Kościana za 1 kocioł kuchenny 1,000,— zł
4) „ Stopa z Poznania za naprawę dachów 55 500,— zł
Na wyrównanie niedoboru gospodarki rolnej dołożył zakład z swojej kasy . . 5.308,57 zł 107.136,64 zł
uwzględniając powyższe wynosi nadwyżka 1.308,33 zł

Zestawienie końcowe.

Doliczając do doch. gotówkowych w sumie 1.302,184,01 zł, nieuregulowane koszty utrzymania w sumie 33.515.05 zł. wynosi ogólny dochód budżetowy . . . . 1.335.699,06 zł

Odliczając od wydatków w sumie 1.408.012,32 zł. powyższe rozchody nie objęte budżetem zakładowym, w sumie 68.313,02 zł, i niedobór gospodarki rolnej w sumie 5.308,57 zł, razem 73.621,59 zł, wynoszą wydatki tylko . . . 1.334 390,73 zł.

nadwyżka wynosi jak powyżej 1.308 33 zł.

Dział	§	Pozycja	Oznaczenie wydatku	Budżet przewidywał	Wydano	Zatem mniej	Zatem więcej
				zł	zł	zł	zł
			B. WYDATKI				
A	86	a	Wydatki na utrzymanie personelu	377.240,—	336.167,50	41.072,50	
		b	Swiadczenia na rzecz Kasy Chorych	18.000,—	14.151,07	3.848,93	
		c	Inne świadczenia socjalne	9 350,—	10 583,63		1.233,63
		d	Swiadczenia specjalne	66.730,—	11.091,82	55.638,18	
		e	Zapomogi	18.875,—	2.218,—	16.657,—	
		f	Diety i koszty podróży	1.700,—	809,74	890,26	
	87	a	Materjały piśmienne	1.500,—	1.467,61	32,39	
		b	Druki i formularze	1.500,—	1.487,88	12,12	
		c	Księgi biurowe i kasowe	200,—	126,10	73,90	
		e	Portorja	1.500,—	1.599,98		99,98
		f	Telefony	400,—	390,75	9,25	
		g	Telegramy	100,—	98,55	1,45	
		h	Prenumerata pism	100,—	52,76	47,24	
		i	Ogłoszenia	200,—	1.757,80		1.557,80
		j	Umundurowanie służb.	18.700,—	6.538,18	12.161,82	
		k	Inne	100,—	95,50	4,50	
	88		Umeblowanie biur	500,—	430,08	69,92	
	89		Wydawnictwo	3.000,—	3 000,—		
	90	a	Utrzymanie budynków	32 000,—	82.269,45		50.269,45
		b	Urządzenia gospodarcze	17.100,—	34.757,71		17.657,71
		c	Urządzenia domowe	9 000,—	8 999,72	0,28	
		d	Opał i światło	127.788,50	127.507,83	280,67	
		e	Opieka duchowna	2.900,—	1.739,14	1.160,86	
		f	Opieka lekarska	11.100,—	13.068,12		1.968,12
		g	Żywność	636 970,—	517.613,25	119.356,75	
		h	Hygjena	6.865,—	6.858,20	6,80	
		i	Wychowanie	6.875,—	7.576,93		701,93
		j	Bielizna, odzież i obuwie	89.000,—	88.764,47	235,53	
		k	Przyjęcie i zwolnienie	550,—	77,57	472,43	
		l	Podatki i opłaty	5.000,—	4.208,62	791,38	
		m	Utrzymanie rolnictwa	115.726,—	81.088,50	34.637,50	
		n	Różne wydatki rzeczowe	130,50	—	130,50	
		—	Zwroty do dz. VI. F. 84 dochód	—	19.845,44		19.845,44
		—	Zaległ. z poprzed. okresu	—	20.957,92		20.957,92
		—	Zwroty do dz. VI. F. 85 dochód	—	612,50		612,50
			Razem:	1.580.700,00	1.408.012,32	287.592,16	114.904,48
						172,687,68	

Nadesłane.

Jubileusz „Nowin Lekarskich“. W listopadzie 1928 minęło 40 lat od założenia pierwszego pisma lekarskiego w Zachodniej Polsce: „Nowiny Lekarskie“, które chlubnie świadczą o wysokim poziomie naukowym lekarzy Wielkopolskich. Mimo niewoli, mimo braku warsztatu naukowego, mimo niemożności komunikowania się z ośrodkami nauki innych zaborów, „Nowiny“ nietylko przetrwały najcięższe chwile ucisku, ale dzięki wysiłkom lekarzy naszych utrzymały się na wysokim poziomie i stały się poważnym czynnikiem rozwoju i postępów Polskiej nauki. To też świat lekarski Zachodniej Polski obchodził uroczyście pamiętną rocznicę w dniu 18. listopada rb, któremu nadało szczególnego nastroju dziesięciolecie pracy społeczno - lekarskiej w wolnej Polsce, zainicjowanej na pamiętnem posiedzeniu Wydziału Lekarskiego T. P. N. w 1918. W listopadzie owego pamiętnego roku zjechali się lekarze z całej Zachodniej Polski, by zabrać się do gorączkowej pracy w dziedzinie sanitarnej. I dzięki temu zjazdowi powstały dzieła tak wspaniałe jak fakultet lekarski Uniwersytetu Poznańskiego, Związek Lekarzy, obejmujący obecnie cały kraj, Czerwony Krzyż Wielkopolski, szkoła dla lekarzy powiatowych, sanitarjat wojskowy armji Wielkopolskiej, dla którego prof. Wierzejewski zdobył na Niemcach olbrzymi materjał sanitarny, oraz cały szereg instytucyj wchodzących w dziedzinę lecznictwa. To też komitet przygotowawczy, na którego czele stanął Prezes Wydziału Lekarskiego i Naczelny Redaktor „Nowin Lekarskich“ prof. dr. Karwowski postarał się, by te obchody wypadły najuroczyściej.

Zjechali się przedstawiciele nauki lekarskiej z całej Polski. Ze zjazdem łączył się zjazd chirurgów ortopedów pod egidą Prof. dr. Wierzejewskiego.

— Staraniem i nakładem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, wyszedł z druku **Przegląd Piśmiennictwa Lekarskiego Polskiego** za lata 1917-1921.

Pojedyncze egzemplarze w cenie zł. 15.- są do nabycia w Kancelarji Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego — Niecała 7, w Warszawie.

Wobec ograniczonej liczby egzemplarzy, uprasza o jaknajwcześniejsze zgłaszanie się

Zarząd Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Odezwa do P. P. Lekarzy. Państwo Polskie przechodzi ciężki okres ekonomiczny z powodu ujemnego bilansu handlowego, spowodowanego w dużej mierze nadmiernym importem artykułów zagranicznych. Ograniczenie tego importu jest nakazem zdrowej myśli obywatelskiej.

W dziale przywozowym artykułów farmaceutycznych wielką rolę odgrywają specyfiki zagraniczne, których ilość z roku na rok powiększa się, co również ujemnie wpływa na bilans handlowy.

Władze państwowe, chcąc należycie unormować obrót specyfikami często zbędnymi — opierającymi zazwyczaj swe istnienie na pomysłowej nieraz hałaśliwej reklamie — rejestrują tylko te specyfiki, które przedstawiają pewną wartość dla lecznictwa i stanowią postęp w terapji. Tą drogą powstał rejestr specyfików dozwolonych do obrotu. ogłaszany co pewien czas w „Monitorze".

W wyniku tych postanowień sprzedaż specyfików farmaceutycznych niepomieszczonych w wykazie urzędowym jest nielegalna, pociągająca do odpowiedzialności prawnej sprzedających. Przywóz niedozwolonych specyfików zagranicznych pociąga za sobą pozatem represje ze strony władz celnych.

W tym stanie rzeczy uregulowanie handlu specyfikami zagranicznymi niedozwolonymi jest sprawą pilną. W dużej mierze zależne jest to od stanowiska P. P. Lekarzy, którzy przez nieprzypisywanie chorym specyfików zagranicznych niedozwolonych, zastępowanie ich formami receptowemi lub specyfikami krajowymi, mają możność zasadniczo wpłynąć na rozwiązanie tej od dawna palącej sprawy.

Dla wygody P. P. Lekarzy i Aptekarzy, wykaz specyfików farmaceutycznych, dozwolonych do obrotu w Polsce, ogłaszany częściami w „Monitorze", został wydany w całości przez „Wiadomości Farmaceutyczne" (Warszawa, Długa 16) w osobnej odbitce, ponadto pomieszczany jest rokrocznie w Kalendarzu Farmaceutycznym.

Pozatem wszystkie apteki będą chętnie informować P. P. Lekarzy, zgłaszających się telefonicznie z zapytaniem, czy dany specyfik posiada prawo obrotu w Państwie Polskiem.

Biorąc powyższe pod uwagę, Polskie Powszechne Towarzystwo Farmaceutyczne ma niepłonną nadzieję, że P. P. Lekarze poprą nasze i władz państwowych zabiegi w kierunku wytępienia

nielegalnego handlu niezarejestrowanymi specyfikami farmaceutycznymi.

Polskie Powszechne Tow. Farmaceutyczne.

W listopadzie 1928 r.

— „**Trzeźwość**" ukazał się Nr. 3 tego ciekawego miesięcznika i zawiera treść następującą: „Oświadczenie Prezydenta Hoovera w sprawie prohibicji", Kazimierza Kalinowskiego: „Karczma dzisiejszego życia", Mowy i wnioski sen. dr. Z. Daszyńskiej - Golińskiej i sen. Aleksandra Iżyckiego w sprawie walki z alkoholizmem, T. Ołpińskiego: „Związki Nadzieji w W. Brytanji", Marji Maćkowskiej: „Znaczenie kursów alkohologji dla nauczycielstwa", artykuł redakcyjny p. t. „Szczyt cynizmu", C. Żórawskiego: „Z dziejów Koła Abstynentów w Seminarjum Duch. w Płocku", dokończenie artykułu o alkoholizmie i walce z nim w 13 krajach europejskich i pozaeuropejskich, B. Głuchowskiego: „Przegląd czasopism obcych", numer uzupełniają przegląd prasy, kronika oraz dwa rysunki.

Ze względu na doniosłość omawianych przez „Trzeźwość" spraw oraz rzeczowe i bezstronne ich przedstawienie — pismo zasługuje na szerokie rozpowszechnienie. Prenumerata roczna 6 zł. wpłacać na konto P. K O. Nr. 270.



Główny gmach administracyjny.



Kaplica i wodotrysk.